

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

MIREILLE ST-PIERRE

LE SOUTIEN SOCIAL ET L'UTILISATION D'UNE SALLE D'URGENCE CHEZ
DES SUJETS EN DEMANDE D'AIDE PSYCHOLOGIQUE

OCTOBRE 2000

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Cette étude porte sur le rôle du soutien social dans l'utilisation d'une salle d'urgence chez des personnes qui sont en demande d'aide psychologique. Avec la désinstitutionnalisation et la réforme du système de santé, plusieurs personnes atteintes de troubles mentaux se sont retrouvées sur la rue. Leur problème est souvent complexifié par la présence d'un « double diagnostic », ou par l'absence d'un domicile fixe. Les personnes aux prises avec ces problèmes sont susceptibles d'avoir recours aux salles d'urgence des hôpitaux pour recevoir des soins. Quelques auteurs se sont même intéressés à la nature des besoins se rattachant à la fréquence d'utilisation des services d'urgence et se sont demandé si les conditions atmosphériques pouvaient affecter l'achalandage d'une salle d'urgence. L'intérêt croissant des auteurs pour le soutien social en a amené plusieurs à identifier celui-ci comme étant un facteur de protection pour les personnes atteintes d'un trouble mental. Ils s'entendent tous à ce sujet et ce, malgré la diversité des instruments de mesure de soutien social et le manque de consensus entre les différents auteurs sur les renseignements à recueillir lors d'une investigation à ce sujet. Certains auteurs avancent que le soutien social a un effet protecteur pour l'étiologie des troubles, tandis que d'autres soutiennent que cet effet s'exerce sur la symptomatologie des sujets présentant déjà un trouble mental. Ce projet a pour but de vérifier s'il est possible d'établir un lien entre, d'une part, différents aspects du soutien social de sujets en demande d'aide psychologique et, d'autre part, le nombre de visites enregistrées dans une salle d'urgence générale. De plus, il permet d'évaluer la

possibilité que la température extérieure et des conditions atmosphériques moins favorables aient aussi un effet sur la fréquence des visites à l'urgence. Pour réaliser ces objectifs, 143 personnes habitant la région de Montréal ont été rencontrées. Ces personnes consultaient l'urgence d'un hôpital général du centre-ville pour un motif autre que biomédical. Rencontrées entre les mois de février et juin 1991, ces personnes ont été questionnées sur leur symptomatologie à l'aide d'une version extensive du Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), ainsi que sur leurs habitudes de consommation d'alcool et de drogue à l'aide du Diagnostic Interview Schedule III-R (DIS III-R). De plus, une fiche signalétique, de même que des questionnaires de données socio-démographiques et de données complémentaires ont été remplis afin d'amasser de l'information sur le soutien social et les températures enregistrées lors des visites à l'urgence. Après un premier contact à l'urgence de l'hôpital, les personnes étaient rappelées et rencontrées dans les heures, voire les jours suivants. Les résultats ont démontré que le soutien social peut en effet influencer la fréquentation d'une salle d'urgence et ce, en dépit des symptômes éprouvés, car c'est le sujet sans domicile fixe qui possède un réseau de soutien social peu étendu et qui a un nombre de contacts restreint avec les membres du réseau qui visite le plus l'urgence de façon répétée au cours d'une période donnée. Toutefois, le nombre de visites diminue lorsque la température extérieure devient plus chaude. Les caractéristiques relationnelles du soutien social ne jouent toutefois aucun rôle dans le modèle.

Table des matières

Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	6
1. Contexte général de la problématique des troubles mentaux dans la société.....	7
1.1 La désinstitutionnalisation.....	8
1.2 Prévalence des troubles mentaux dans la société.....	13
1.2.1 Situation générale.....	14
1.2.2 La clientèle présentant un « double diagnostic ».....	16
1.2.3 Le phénomène de la porte tournante.....	18
1.2.4 Les Sans Domicile Fixe.....	20
1.2.4.1 Aperçu général.....	20
1.2.4.2 Prévalence des troubles mentaux chez les SDF.....	21
1.2.4.3 Les Sans Domicile Fixe et le soutien social.....	23
2. Le soutien social.....	25
2.1 Historique de l'intérêt pour le soutien social.....	25
2.2 Vers une définition du soutien social.....	26
2.2.1 Problème de définition.....	26
2.2.2 Définition du soutien social.....	26
2.3 Le soutien social comme facteur de protection chez les sujets atteints d'un trouble mental	29
2.4 Limites du soutien social lorsqu'il en vient à constituer un élément stressant.....	31
2.5 Le soutien social perçu et ses limites.....	33
2.6 Critique de la démarche méthodologique eu égard au schème de recherche : le problème de la causalité	35

2.7 Variables intervenantes.....	36
2.7.1 Sexe.....	37
2.7.2 Le soutien social eu égard au type de syndrome.....	37
2.7.2.1 Les troubles psychotiques.....	38
2.7.2.2 Les troubles de l'humeur.....	39
2.8 Le soutien social et l'utilisation de services, en particulier de l'urgence générale.....	42
3. Les hypothèses.....	46
Méthode.....	48
1. Sujets.....	49
2. Instruments de mesure.....	51
2.1 Fiche signalétique.....	51
2.2 Données socio-démographiques.....	51
2.3 Symptomatologie.....	52
2.4 Abus d'alcool ou de drogue.....	55
2.5 Données complémentaires.....	55
3. Procédure.....	55
Résultats.....	57
1. L'analyse des donnée.....	58
1.1 La réduction des données.....	58
1.2 L'analyse statistique.....	63
2. La présentation des résultats.....	66
2.1 Description de l'échantillon.....	66
2.2 Les hypothèses.....	77
2.2.1 Hypothèse 1.....	77
2.2.2 Hypothèse 2.....	78
2.2.3 Hypothèse 3.....	78
2.2.4 Hypothèse 4.....	78

2.2.5 Hypothèse 5.....	79
2.2.6 Hypothèse 6.....	79
2.2.7 Hypothèse 7.....	80
2.2.8 Hypothèse 8.....	80
2.3 Analyses supplémentaires.....	80
2.3.1 Les indices qui permettent de prédire le nombre de visites à l'urgence.....	83
2.3.1.1 Intercorrélations.....	83
2.3.1.2 Analyse hiérarchique logarithmique.....	87
2.3.1.3 Régressions logistiques.....	89
Discussion.....	96
1. Interprétation des résultats.....	97
1.1 Les hypothèses.....	97
1.2 Analyses supplémentaires.....	102
2. Forces et faiblesses de l'étude.....	106
3. Retombées et applications de l'étude.....	110
Conclusion.....	112
Références.....	115
Appendice.....	127

Liste des tableaux

Tableau 1: Fidélité inter-observateurs pour les items de la Grille sommaire d'évaluation psychiatrique (BPRS).....	53
Tableau 2: Description de l'échantillon au plan des indices recueillis à l'arrivée...	67
Tableau 3: Indices socio-démographiques.....	68
Tableau 4: Type de résidence au moment de la consultation.....	69
Tableau 5: Personnes ressources offrant un soutien social.....	71
Tableau 6: Suivi psychologique au moment de la consultation.....	73
Tableau 7: Intervention psychologique antérieure (présence/absence).....	74
Tableau 8: Prévalence des facteurs dépressifs et psychotiques définis par l'analyse factorielle : intensité pathologique.....	75
Tableau 9: Prévalence des troubles toxicomaniaques.....	76
Tableau 10: Variables pouvant avoir un effet sur le nombre de visites à l'urgence.....	84
Tableau 11: Matrice d'intercorrélations.....	86
Tableau 12: Analyses hiérarchiques logarithmiques indiquant des interactions de troisième niveau.....	88
Tableau 13: Analyses hiérarchiques logarithmiques indiquant des interactions de deuxième niveau.....	89
Tableau 14: Régression logistique: nombre de visites en regard des variables étendue, itinérance et fréquence.....	91
Tableau 15: Régression logistique: nombre de visites en regard des variables qui tiennent compte d'effets interactifs.....	92

Tableau 16: Analyses hiérarchiques logarithmiques indiquant des interactions de troisième niveau.....	93
--	----

Tableau 17: Analyses hiérarchiques logarithmiques indiquant des interactions de deuxième niveau.....	95
---	----

Remerciements

Je remercie sincèrement mon directeur de recherche, monsieur Gilles Côté, pour sa grande générosité, sa patience, sa disponibilité, ses sages enseignements et les moyens techniques qu'il a généreusement mis à ma disposition. La confiance qu'il m'a témoignée tout au long de la rédaction de ce travail a été grandement appréciée. Je désire remercier également monsieur Jean-Pierre Guay, pour ses explications claires, ses conseils utiles et l'aide précieuse qu'il m'a apportée. Pour la mise en page de ce document, l'aide fournie par madame Francine Packwood a également été très appréciée.

Introduction

Depuis une quarantaine d'années, un phénomène de désinstitutionnalisation s'est installé dans la société nord-américaine. Au Québec, ce phénomène a pris plus d'ampleur au tournant des années 90. Malgré les buts visés et la bonne volonté des instigateurs, la désinstitutionnalisation a amené avec elle de nombreux problèmes : présence accrue des personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté, augmentation des personnes sans domicile fixe aux prises avec ces troubles, apparition du phénomène de la porte tournante (Bassuk & Gerson, 1978; Doré, 1987; Segal & Bauhmol, 1980). Ajouté à ces problèmes, la présence de personnes présentant un « double diagnostic » complique encore plus le tableau clinique et la prise en charge (Côté et Hodgins, 1996; Newman, Moffitt, Caspi & Silva, 1998).

Pour Doré (1987), l'urgence des hôpitaux demeure la seule porte d'entrée dans le système pour les personnes en situation de crise, la seule porte d'entrée pour les malades psychiatriques. Les personnes aux prises avec des troubles mentaux sont souvent amenées à l'urgence par la police, celle-ci étant appelée par la famille (Teplin, Filstead, Hefler & Sheridan, 1980).

Par ailleurs, le soutien social est un thème qui intéresse particulièrement les chercheurs et ce, depuis une vingtaine d'années. Malgré l'absence de consensus sur la façon de le définir et de le mesurer, tous s'entendent pour dire qu'il a un effet protecteur pour la santé mentale (Dalgard, Bjork & Tambs, 1995; Garnezy, 1985; Hultman, Wieselgren &

Öhman, 1997; Pagel & Becker, 1987; Rutter, 1990). Cet effet est de deux ordres, selon les auteurs concernés : d'une part, il freinerait le développement des troubles mentaux, d'autre part, il diminuerait la symptomatologie des sujets présentant déjà un trouble mental.

En considérant que le soutien social agit comme facteur de protection pour la santé mentale et que le processus de désinstitutionnalisation a favorisé l'errance des sujets atteints de troubles mentaux sans ressources, il est aisé de croire que ces derniers pourront avoir davantage recours aux urgences des hôpitaux en cas de besoins. Par ailleurs, il est possible de penser que des aspects liés à la température peuvent avoir un rôle intermédiaire dans l'association potentielle entre le soutien social et la fréquence d'utilisation des services de l'urgence. En effet, les rigueurs de l'hiver ou une pluie abondante peuvent affecter l'association entre l'utilisation des services d'une salle d'urgence et le soutien social pour l'individu à la rue.

Cette étude porte donc sur les facteurs qui influencent l'achalandage d'une salle d'urgence ou, plus particulièrement, sur les raisons qui sont associées au fait qu'un individu se présente dans une salle d'urgence d'un hôpital général, alors qu'il est en demande d'aide psychologique, ceci dans le contexte d'un centre-ville où les personnes sans domicile fixe sont nombreuses. Plus précisément, ce travail a pour but de vérifier s'il est possible d'établir un lien entre, d'une part, le soutien social des sujets en demande d'aide psychologique et, d'autre part, le nombre de visites formellement enregistrées dans une salle

d'urgence générale pour ces mêmes sujets. Il servira également à évaluer la possibilité que la température extérieure et des conditions atmosphériques moins favorables aient aussi un effet sur la fréquence des visites à l'urgence. Peu d'études ont porté sur les facteurs influençant la fréquentation des salles d'urgence par des sujets en demande d'aide psychologique, particulièrement sur les conditions climatiques. C'est ce qui fait l'originalité de celle-ci.

Afin d'arriver à bien cerner ces facteurs, le contexte de la problématique des troubles mentaux dans la société sera exploré sous différents thèmes. Ceux-ci toucheront, entre autres, la désinstitutionnalisation, la prévalence des troubles mentaux dans la société, le phénomène de la porte tournante ainsi que celui des Sans Domicile Fixe. De plus, différents aspects du soutien social seront abordés : l'intérêt que celui-ci représente pour les chercheurs, le problème de définition qu'il semble poser, les raisons qui amènent les chercheurs à le considérer comme un facteur de protection chez les sujets atteints d'un trouble mental, ses limites, de même que les variables qui interviennent avec lui. Finalement, le thème de l'utilisation de services, en particulier de l'urgence générale, sera abordé. La méthode utilisée pour en arriver à la vérification des hypothèses posées sera présentée. Par la suite, les hypothèses seront vérifiées par l'analyse des comparaisons entre les différents groupes, et par l'analyse de la relation entre les différents phénomènes étudiés. De plus, des analyses plus poussées seront effectuées afin de déterminer quelles variables ont un apport direct sur le nombre de visites à l'urgence, c'est-à-dire quelles variables vont

permettre de prédire qu'un sujet visitera l'urgence plus d'une fois au cours d'une période de temps donnée. Ce travail se conclura, évidemment, par la discussion des résultats obtenus.

Contexte théorique

1. Contexte général de la problématique des troubles mentaux dans la société

Il y a bientôt près de cinquante ans, Parsons et Fox (1952) se sont demandé si les familles nucléaires, dans la société moderne, avaient assez de ressources pour fournir des soins adéquats aux personnes qui souffrent de maladie chronique. Ils s'attendaient à ce que des ressources familiales limitées mènent à une augmentation des soins à long terme donnés en institution. En fait, c'est le contraire qui s'est produit pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Les soins donnés en institution ont diminué, en même temps que grandissait, pour les familles, la difficulté de s'occuper adéquatement des personnes atteintes de troubles mentaux graves. Le rôle des institutions pour assurer abri, nourriture, vêtements, soins médicaux et autres besoins de base a diminué (Grob, 1991; Horwitz & Reinhard, 1995). Dans ce sens, Bassuk et Gerson (1978) précisent que le processus de désinstitutionnalisation engagé en Amérique du Nord depuis une quarantaine d'années aurait surtout eu pour objectif de diminuer les coûts sans que l'on parvienne à mieux répondre aux besoins des sujets atteints de troubles mentaux. Eu égard à ces premiers indices d'introduction, il paraît pertinent d'élaborer sur le contexte de la problématique des troubles mentaux dans la société, en abordant les thèmes de la désinstitutionnalisation, de la prévalence des troubles mentaux, de l'identification d'une clientèle plus difficile qui va poser des problèmes de prise en charge, du phénomène de la porte tournante et des Sans Domicile Fixe.

1.1 La désinstitutionnalisation

La désinstitutionnalisation, comme il a été mentionné plus haut, est amorcée depuis une quarantaine d'années en Amérique du Nord. Le phénomène a été évoqué très souvent dans les médias depuis quelques années, depuis le début des années 90 plus spécialement.

Pour mieux comprendre les raisons de ce phénomène, il est intéressant de remonter jusqu'à son origine. Selon Breakey (1996a), ce sont l'adresse du président Kennedy au Congrès et l'adoption du Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act en 1963 qui ont marqué officiellement la fin de la prééminence des hôpitaux d'état dans le système de santé américain et le début de l'ère de la désinstitutionnalisation. Ce mouvement aurait été renforcé par une série de mesures sociales, politiques et économiques qui ont eu de nombreux bénéfices pour la population entière; cette dernière a ensuite apporté un fort appui aux initiatives qui servaient à se débarrasser de l'ancien système de soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

Une de ces mesures a été de remettre l'emphase sur les droits civils, autour de laquelle s'est développée l'idée que les patients devraient être traités à l'aide de mesures les moins restrictives possibles. Une autre des mesures prises a été la réduction des dépenses gouvernementales et, plus spécifiquement, des coûts élevés qu'entraîne le maintien des hôpitaux d'état. Ainsi, et comme le croit Brugha (1995b), le mouvement qui a amené le déplacement des soins en institution vers la communauté aurait été développé davantage pour des raisons historiques, économiques et politiques que parce qu'une preuve

scientifique a été faite de l'efficacité des soins donnés en communauté.

Au Québec, le mouvement de désinstitutionnalisation s'est amorcé en grande partie suite à la parution du livre de Jean-Charles Pagé, Les fous crient au secours, en 1961. Ex-psychiatrisé ayant été interné à l'hôpital psychiatrique St-Jean-de-Dieu, l'auteur décrivait les conditions dans lesquelles étaient maintenus les patients des hôpitaux psychiatriques de l'époque. En 1960, les lois rigoureuses qui régissaient l'internement, la construction des énormes geôles où le malade était réduit à l'état de numéro, ainsi que l'habitude de se décharger de l'administration de ces institutions sur des communautés religieuses à qui l'on se contentait, une fois par année, de verser une maigre contribution financière, venaient des gouvernements du siècle dernier; ces derniers faisaient passer la protection de la société avant la dignité du malade. Ces lois ont contribué à la mise en place de conditions de vie presque inhumaines pour les malades. En effet, la réalité asilaire était devenue celle de bâtiments surpeuplés et insalubres dans lesquels on entraît sans grand espoir d'en sortir. Celle aussi d'un lieu où l'on perd ses habiletés sociales, le contact avec ses proches et où on s'adapte à un mode de vie institutionnel. Avec ces révélations, de nombreux questionnements furent soulevés quant aux mesures qui devaient être prises pour corriger la situation (Laurin, 1961). Les décideurs politiques d'alors souhaitaient améliorer le traitement réservé aux malades mentaux en réorganisant les services. La désinstitutionnalisation comptait en fait trois objectifs précis: 1- retourner dans la communauté tous les patients institutionnalisés en les préparant adéquatement à leur

nouvelle vie; 2- prévenir les nouvelles admissions hospitalières par l'intervention communautaire; et 3- développer et maintenir des réseaux de soutien et d'encadrement pour les nouveaux malades dans la communauté (Lefebvre, 1987). Le Rapport Bédard, produit en 1962, a marqué les débuts de la diversification des services. Suite aux recommandations contenues dans ce rapport, l'instauration des unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, de même que la mise en place des cliniques externes de psychiatrie, semblaient favoriser une réelle amélioration des traitements, ce qui n'était guère possible dans les hôpitaux psychiatriques de 1000 ou de 5000 lits, comme il en existait à l'époque. Plus précisément, la réforme Bédard prônait, entre autres choses, la décentralisation et la régionalisation des services, le développement de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, le développement d'un éventail complet de services s'ajoutant à l'hospitalisation, une diminution importante de la capacité des hôpitaux psychiatriques, l'utilisation maximale des services de la collectivité ainsi que l'éducation populaire. Les médicaments plus efficaces qui ont fait leur apparition dans les années 50 allaient permettre ce rapprochement avec la communauté et le retour des malades dans la société. La réforme Castonguay-Nepveu, instaurée dans les années 70, confirmait la gratuité, l'accessibilité et l'universalité des services pour les individus souffrant de troubles mentaux (Laurin, 1986). Cette réforme a eu pour effet de renforcer la diversification et la régionalisation prônée par la réforme Bédard, dont elle s'était d'ailleurs inspirée, mais en intégrant les structures mises en place par celle-ci dans le système de santé. Ainsi, Laurin (1986) fait remarquer que, si les personnes aux prises avec des troubles mentaux sont maintenant plus nombreuses dans les

cliniques de secteurs, centres communautaires, foyers de groupes, familles et pavillons d'accueil, appartements supervisés et même au coin des rues, si elles sont de plus en plus présentes et visibles dans leur milieu ou quartier, c'est que la société l'a voulu ainsi. Celle-ci préconise depuis longtemps le maintien et le traitement dans la communauté; elle tente d'éviter ou d'abréger les hospitalisations; elle pousse énergiquement à la désinstitutionnalisation. La société n'accepte plus qu'on se débarrasse de ces indésirables, qu'on les enferme pour toujours dans des geôles, qu'on les infantilise. Elle veut les considérer comme des citoyens à part entière, les accepter dans son sein et tenter de pallier leur détresse.

Avec les années, la volonté est restée la même: chercher à économiser en escomptant une collaboration accrue de la communauté pour contribuer à la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux. Suite à de nombreuses recherches effectuées au cours des dernières années, les dirigeants des pays industrialisés ont conclu que le fait de mettre de l'argent dans le système de santé n'améliore pas pour autant la santé des gens. En Mauricie, la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Mauricie-Bois-Francs indique que la question des structures organisationnelles du réseau de la santé et des services sociaux a maintes fois refait surface au cours des vingt-cinq dernières années. Ainsi, dans ses Propositions 1996 sur la Transformation du réseau, elle observe qu'il faut cesser d'investir de l'argent dans le système de santé. Elle mentionne qu'il faut plutôt rechercher une utilisation plus efficace et efficiente des ressources déjà existantes.

D'ailleurs, un des objectifs de la politique de santé mentale au Québec, adoptée en 1989, est de « favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population ». (Ministère de la santé et des services sociaux, 1992). Cette politique incite les communautés et les personnes à développer leurs propres solutions.

Toutefois, la désinstitutionnalisation est un phénomène complexe qui a généré de multiples débats, conflits et interrogations au cours des trente dernières années. Aux États-Unis, le chaos dans lequel le processus de désinstitutionnalisation a abouti résulte fondamentalement, selon Scherl et Macht, (1979), du fait qu'il a commencé avant la formulation d'une politique et en l'absence d'un consensus sur les objectifs et les moyens.

Pour sa part, le Québec, avec la réforme Bédard, avait établi de façon claire les objectifs à atteindre et les moyens à prendre pour les réaliser. Cependant, Doré (1987) fait remarquer que des ajustements étaient requis et l'absence d'orientation qui a suivi la réforme n'a fait qu'augmenter les lacunes. Basé sur la psychiatrie communautaire, le mouvement n'a pas donné les résultats attendus. Les personnes aux prises avec des problèmes sévères sont le plus souvent laissées à elles-mêmes. Le soutien escompté des proches et de la collectivité est demeurée au niveau des principes. De plus, malgré les buts visés et la bonne volonté, l'accessibilité et la diversité des services font défaut, principalement en regard de la réadaptation et du soutien communautaire (Doré, 1987). Déjà en 1987, mais encore aujourd'hui en 2000, la population est témoin et victime d'un débordement continu des services de soins aigus, de listes d'attente d'environ six mois pour des rendez-vous en

clinique externe, et d'attentes prolongées dans les salles d'urgence. Ce phénomène a de lourdes conséquences sur l'état et l'évolution des personnes en besoin d'aide.

Depuis deux siècles, il semble que la « dépendance » des personnes atteintes de troubles mentaux aux soins procurés en institution augmente (Breakey, 1996a). Le mouvement de désinstitutionnalisation est, comme il est mentionné plus haut, relativement récent et l'idée que les soins en santé mentale soient fournis dans la communauté demeure controversée dans les sociétés urbanisées. Ce déplacement des soins donnés aux personnes atteintes de troubles mentaux, des institutions vers la communauté, devait amener des avantages pour les patients. Il devait entre autres permettre aux patients de vivre plus près de leur foyer et de leur famille, dans un environnement plus normal, tout en recevant une gamme de services adaptés à leurs besoins particuliers. Il reste toutefois que la prise en charge de ces individus se situe dans un contexte très large. Déjà, en 1978, Bassuk et Gerson faisaient remarquer que les demandes de service dépassaient de loin les disponibilités, suite à cette désinstitutionnalisation, et concluaient qu'il y a donc davantage de sujets atteints de troubles mentaux sur la rue et ce, sans soins adéquats.

1.2 Prévalence des troubles mentaux dans la société

Comme il est mentionné plus haut, de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux se retrouvent sur la rue. Il serait pertinent ici de s'interroger et de faire le point sur

la présence et la prévalence des troubles mentaux dans la société nord américaine.

1.2.1 Situation générale

Robins, Locke et Regier (1991) ont pu établir que 32% des individus de la population générale ont présenté les symptômes d'un trouble mental à un moment donné de leur vie. Leurs travaux furent réalisés dans cinq villes des États-Unis. Cette étude, la Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), a permis de déterminer la prévalence des troubles mentaux dans ce pays; elle a couvert des régions urbaines et rurales, pour s'assurer une meilleure généralisation des résultats. Les diagnostics ont été posés à l'aide du Diagnostic Interview Schedule (DIS). Cette étude épidémiologique conduite aux États-Unis au début des années 80 utilise les critères du DSM III (American Psychiatric Association, 1980). Toutefois, reprenant cette étude au début des années 90, ils ont obtenu des résultats un peu plus élevés. Ainsi, le taux de prévalence passe à 44% pour la population ayant souffert d'un trouble au cours de sa vie (Regier et al., 1993). Au Canada, Offord et al. (1996), ainsi que Newman & Bland (1998), ont réalisé leurs études en Ontario et en Alberta, respectivement, auprès de quelques milliers de répondants domiciliés. Les études montrent que 1% de la population est atteinte de schizophrénie ou de trouble schizophréniforme au cours de sa vie (Keith, Regier & Rae, 1991; Regier et al., 1998; Robins et al., 1991). En ce qui concerne les troubles de l'humeur, quelques études récentes réalisées au Canada et aux États-Unis ont trouvé que le taux de prévalence de la dépression majeure s'élève à environ

5% (Eaton et al., 1997; Newman & Bland, 1998; Offord et al., 1996; Weissman et al., 1991); tandis qu'il est d'environ 0,7% pour le trouble bipolaire (Offord et al., 1996; Weissman et al., 1991). Dans ces deux études, les auteurs ont tenu compte du fait que des symptômes dépressifs accompagnent souvent plusieurs maladies et que des sentiments passagers de tristesse ou d'euphorie considérés comme normaux surviennent fréquemment dans la population générale. Ils se sont donc fiés aux syndromes cliniques du DSM III (1980) pour établir le profil des troubles de l'humeur (dépression majeure, dysthymie et trouble bipolaire). Ainsi, la prévalence des troubles de l'humeur est de 7,8% dans la population générale (Robins et al., 1991; Weissman et al., 1991). Par la suite, Regier et al. (1993) obtenaient des résultats un peu plus élevés (10,9%), qui s'apparentent à ceux obtenus par Goering, Lin, Campbell, Boyle & Offord (1996) en Ontario (10%). Kessler et ses collègues (1994) obtiennent des résultats beaucoup plus élevés lors de l'étude National Comorbidity Survey, réalisée entre 1990 et 1992 aux États-Unis. En utilisant le Composite International Diagnostic Interview, un outil basé sur le DIS, ils obtiennent des taux de 17,1% pour la dépression majeure, de 1,6% pour le trouble bipolaire, et de 19,3% pour tout trouble de l'humeur. Pour ce qui est de la dépendance ou de l'abus à l'alcool et aux drogues, les taux de prévalence sont respectivement d'environ 14% et 17%, dans la population générale (Helzer, Burnam & McEvoy, 1991; Anthony & Helzer, 1991). Pour Robins et al. (1991), ainsi que pour Goering et al. (1996), ils sont de 19% pour une quelconque dépendance à l'alcool ou aux drogues, mais les auteurs de l'étude ECA voient leurs résultats augmentés à 24% lors de la deuxième partie de l'étude (Regier et al., 1993).

Les résultats de Kessler et al. (1994) sont aussi élevés avec 26,6% pour toute dépendance ou abus à l'alcool ou aux drogues.

Il est à noter que l'étude ECA de Robins et Regier (1991) a permis de démontrer que pour tous les types de troubles qui ont été étudiés, la prévalence est légèrement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

1.2.2 La clientèle présentant un « double diagnostic »

Une partie de la population atteinte de troubles mentaux voit son problème complexifié par la présence simultanée d'une dépendance à l'alcool ou aux drogues en plus d'un autre trouble mental. Côté et Hodgins (1996) font remarquer qu'il existe un intérêt accru ces dernières années pour la problématique de l'alcool et de la drogue associés à un trouble mental. Dans l'étude réalisée en Ontario (Goering et al., 1996; Offord et al., 1996), environ 20% de l'échantillon présente un double diagnostic. Il faut toutefois préciser que ces auteurs n'ont pas évalué le taux de prévalence des troubles psychotiques; ils se sont limités aux troubles de l'humeur, aux troubles anxieux, ainsi qu'à l'abus et la dépendance aux drogues ou à l'alcool. Les troubles psychotiques ne font donc pas partie de leurs données concernant le double diagnostic. Sans retrouver de taux de prévalence précis sur les cas de trouble mental complexifié par la dépendance à l'alcool dans l'étude ECA, il est possible d'obtenir un pourcentage avec les données obtenues. Ainsi, Robins et Regier

(1991) indiquent que 32% des sujets qui ont un premier diagnostic en ont aussi un deuxième. Dans la population caractérisée par la dépendance ou l'abus d'alcool, ce pourcentage s'élève à 47%. Partant du fait que Helzer et al. (1991) obtiennent un taux de 13,8% pour l'abus ou la dépendance à l'alcool dans la population générale, ce serait donc environ 6,5% de la population générale qui aurait un diagnostic psychiatrique en plus d'une dépendance à l'alcool. Le tableau clinique étant par là complexifié, les personnes présentant une telle problématique poseraient des problèmes de prise en charge (Côté et Hodgins, 1996; Newman, Moffitt, Caspi & Silva, 1998). L'abus d'alcool ou de drogue, chez les sujets présentant cette double problématique, est associé à des problèmes de comportement, à des comportements antisociaux, voire à des comportements violents (Swanson, 1994).

Ces sujets ne cadrent ni dans le système de santé ni dans le système judiciaire en raison de leur attitude provocatrice, non coopérative, voire antisociale, en raison aussi de la diminution des ressources; ils sont susceptibles de se retrouver dans trois milieux distincts :

- a) dans les salles d'urgence; du fait des difficultés de prise en charge, ils reviennent constamment dans le système; b) chez les sujets sans domicile fixe; c) dans le système judiciaire. Pour une part, ces affirmations vont dans le même sens que Doré (1987) qui indique que, selon des données produites par le Ministère de la Justice, plusieurs personnes, parmi celles incarcérées et admises dans une institution judiciaire et correctionnelle entre 1978 et 1984, avaient des antécédents psychiatriques. Les principales caractéristiques de la clientèle susceptible de se retrouver dans ces divers milieux sont : 1- ces personnes ont des problèmes psychiatriques auxquels s'ajoutent souvent celui d'abus ou de dépendance

à l'alcool ou aux drogues; 2- elles ont aussi un passé lourd, accumulant des passages fréquents et répétés dans les institutions psychiatriques ou judiciaires; pour une partie relativement importante d'entre eux, l'acte délictuel apparaît davantage comme un symptôme de leur maladie que comme celui d'un comportement typiquement délinquant; 3- elles présenteraient une incapacité à vivre en société de façon autonome, étant la plupart du temps sans famille, sans argent, sans emploi, sans résidence. Cette clientèle a été aussi qualifiée de « jeunes adultes patients chroniques » (Pepper, Kirshner, & Ryglewicz, 1981), étant donné que les sujets qui la composent s'avèrent plus jeunes que les sujets qui ne présentent pas de telles caractéristiques de fonctionnement.

1.2.3 Le phénomène de la porte tournante

Le phénomène de la porte tournante a pris une ampleur considérable et constitue un des principaux problèmes associés à la désinstitutionnalisation (Doré, 1987; Lavallée, 1985; Perreault, 2000; Segal & Bauhmol, 1980). Le phénomène des réadmissions est devenu courant dans les hôpitaux psychiatriques au milieu des années 60. En 1987, près de 75% des entrées à l'hôpital Louis-H. Lafontaine sont des réadmissions (Dorvil, 1987). Aux États-Unis, le phénomène est le même: en 1972, de nombreuses admissions en psychiatrie sont en fait des réadmissions (Bassuk & Gerson, 1978). Des chercheurs de Baltimore ont remarqué que les patients souffrant de troubles mentaux chroniques, incapables d'utiliser efficacement les cliniques externes traditionnelles de santé mentale, présentaient tous les

mêmes caractéristiques. Ces caractéristiques concernaient, entre autres, un haut taux de réhospitalisation, une grande utilisation des services d'urgence, ainsi qu'un soutien social inefficace. Plusieurs patients vivaient un phénomène dit de la « porte tournante », soit de fréquentes et, habituellement, brèves admissions (une moyenne de six admissions précédentes) (Thornicroft, Breakey & Primm, 1995). Bien des raisons peuvent être évoquées pour expliquer ce phénomène : durée de séjour hospitalier de plus en plus courte, difficultés d'adaptation sociale du malade, désengagement de la famille, rechute reliée aux caractéristiques mêmes de la maladie, etc. Car, même si les traitements pharmacologique et psychologique diminuent l'acuité de la symptomatologie et sont souvent nécessaires pour maintenir l'atténuation des signes d'incapacité, il ne peuvent combattre à eux seuls la rechute et la chronicité. En attendant des ressources institutionnelles et communautaires, les malades reçoivent trop souvent un congé prématuré. Ceux-ci reviennent à l'urgence à de multiples reprises; ils contribuent ainsi à son encombrement. De plus, ils sont réhospitalisés à de multiples reprises, ne reçoivent pas les soins requis, tout en évoluant vers une chronicité, souvent irrémédiable. Cela est encore plus vrai pour les patients judiciairisés, dont il est fait mention dans la section sur la clientèle plus difficile. Un psychiatre de l'Institut Philippe-Pinel, Lavallée (1985), voit dans le phénomène de la porte tournante l'échec de la réinsertion sociale, de la resocialisation.

Très peu de personnes âgées se retrouvent chez les patients victimes du phénomène de la porte tournante. En effet, celles-ci sont automatiquement dirigées vers des centres

spécifiques après la première admission. Tel n'est pas le cas pour les patients chroniques qui sont encore de jeunes adultes (Woogh, Meier & Eastwood 1977). En général, ces patients sont célibataires; ils habitent seuls, pour la plupart, dans des maisons de chambre ou en pension, et présentent souvent un diagnostic de psychose (celui de schizophrénie, plus particulièrement) (Rose, Hawkins & Apodaca, 1977).

1.2.4 Les Sans Domicile Fixe

1.2.4.1 Aperçu général

Avec la désinstitutionnalisation et la présence des patients ayant une double problématique, de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux se sont retrouvées à la rue. Elles s'ajoutaient donc à la population des Sans Domicile Fixe (SDF) déjà présente dans les grandes villes du Canada et des États-Unis. Le problème de la santé mentale est intimement lié à celui des SDF (Fournier & Mercier, 1996; Gelberg, Linn & Leake, 1988; Koegel, Burnam & Farr, 1988). Il s'agit d'une clientèle qui a des besoins spécifiques et pour laquelle il n'y aurait pas encore de services appropriés (Doré, 1987; Segal & Baumohl, 1980). Celle-ci est donc susceptible de recourir aux hôpitaux généraux et aux urgences générales pour recevoir des soins (Côté & Hodgins, 1996). Certains auteurs font même l'hypothèse que les décideurs politiques voient de plus en plus en ces services « des outils intéressants et commodes » pour répondre aux besoins de cette clientèle (Marcos, 1990).

Nous pouvons donc établir un lien entre cette clientèle, parmi laquelle se retrouvent parfois les sujets souffrant de troubles mentaux graves, leur nombre étant accru suite au processus de désinstitutionnalisation, et un recours possiblement plus intensif aux urgences des hôpitaux pour recevoir des soins.

1.2.4.2 Prévalence des troubles mentaux chez les Sans Domicile Fixe

Précédemment, il a été mentionné que des individus atteints de troubles mentaux se retrouvent dans les rues des grandes villes, agrandissant la population des SDF déjà présente. De nombreuses études ont été effectuées tant aux États-Unis qu'au Canada pour établir la prévalence des troubles mentaux parmi les SDF. Entre autres, les données obtenues par la Baltimore Homeless Study (Fischer, Colson & Susser, 1996) indiquent qu'environ 41,5% des SDF présentent un trouble mental. À Montréal, Fournier (1991) obtient des résultats semblables: 43,2% des SDF auraient un trouble mental quelconque. Celle-ci a réalisé une enquête épidémiologique auprès de la clientèle des missions et refuges de Montréal; les diagnostics ont été posés à l'aide du Diagnostic Interview Schedule (DIS). Par trouble mental quelconque, Fournier retenait la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression majeure, la dysthymie, la dépendance aux drogues ou à l'alcool, le deuil pathologique ainsi que le trouble organique. Les troubles mentaux sévères et persistants, donc chroniques, se retrouvent chez 28% de la population des SDF de la région de Los Angeles (Koegel et al., 1988). Pour ce qui est de la schizophrénie, le pourcentage

observé dans la seule étude canadienne est légèrement plus bas que ceux observés dans les études effectuées aux États-Unis. Il s'élève à environ 12,5% pour Fischer et al. (1996), ainsi que pour Koegel et al. (1988), deux études américaines, tandis qu'il est de 8,7% pour Fournier (1991). Les données sont beaucoup plus homogènes en ce qui concerne les troubles de l'humeur. Aux États-Unis, ce sont respectivement des taux de 25% et 21% qui ont été obtenus par Koegel et al. (1988) et par Fischer et ses collègues (1996). À Montréal, Fournier (1991) obtient un taux de 23,7% pour les sujets qui ont soit une dépression majeure, soit un trouble bipolaire. Le taux de dépendance à l'alcool et aux drogues, quand il est l'unique problème de santé mentale chez les SDF, a fait l'objet d'un peu moins d'études. Tant pour Fournier (1991) que pour Koegel et Burnam (1988), le taux de prévalence pour la dépendance ou l'abus à l'alcool s'élève à environ 65%. À Montréal, ce serait 40,4% des SDF qui présenteraient un problème d'abus ou de dépendance à la drogue (Fournier, 1991).

En ce qui a trait aux doubles problématiques, il appert également que les prévalences obtenues aux États-Unis sont un peu plus élevées qu'au Canada. Comme il a été expliqué dans une section précédente, le problème des doubles problématiques concerne les sujets qui présentent un trouble mental grave accompagné (ou compliqué) par une dépendance aux drogues ou à l'alcool. Le taux s'élève à environ 46% aux États-Unis (Koegel et al., 1988; Koegel & Burnam, 1988), tandis qu'il se chiffre à 31,8% au Canada (Fournier, 1991). Toutefois, cette dernière indique que 73,7% des sujets ayant une

quelconque maladie mentale présentent aussi une toxicomanie.

La présence importante de sujets atteints de troubles mentaux graves dans la population des SDF, qui sont surtout localisés dans les villes, peut possiblement être expliquée par les observations et conclusions de Corin et Lauzon en 1988. Ces derniers ont noté chez des patients psychotiques une préférence pour les lieux publics non menaçants comme les parcs et les centres commerciaux. Le milieu rural peut être perçu à cet égard comme dangereux pour le patient schizophrène, car il ne peut s'y découper un espace sans avoir à s'engager. De plus, l'étude de Faris et Dunham (1939) (citée dans Tousignant, 1992 et dans Horwitz & Scheid, 1999) démontre que les individus psychotiques se retrouvent dans les régions urbaines ayant les plus fortes concentrations de personnes seules. Toutefois, un biais de sélection peut entrer en ligne de compte du fait que les patients se concentrent dans les quartiers qui offrent des chambres à louer, soit les quartiers où se trouvent davantage les personnes seules.

1.2.4.3 Les Sans Domicile Fixe et le soutien social

De plus en plus, il est reconnu que l'itinérance ne signifie pas simplement le fait d'être sans domicile fixe; pour définir adéquatement la population à l'étude, une dimension doit être ajoutée, soit la désaffiliation (Fournier, 1991). En effet, les SDF vivent une désaffiliation des agents primaires de structure sociale. C'est-à-dire que ce sont des

personnes qui ne se sont jamais mariées ou qui sont divorcées et qui ont très peu de contacts avec des pairs. Ils seraient, pour une bonne part, un groupe de gens particulièrement isolés, sans soutien, n'ayant personne vers qui se tourner en cas de besoin. Dans le milieu des années '80, les SDF étaient souvent vus comme isolés et solitaires; cette image a été renforcée par les études qui ont suggéré qu'un grand nombre d'entre eux n'avaient pas d'amis ou de relations proches (Bassuk, Rubin & Lauriat, 1984; Roth, Bean, Lust & Saveanu, 1985). Les sujets qui n'ont aucun contact avec leur famille représentent 21,9% des SDF (Fischer, Shapiro, Breakey, Anthony & Kramer, 1986). En comparaison, 4,2% des sujets domiciliés n'ont aucun contact avec les membres de leur famille (Fischer et al., 1986). Le pourcentage des SDF qui n'ont aucun contact avec un ami s'élève à 45,1%, tandis qu'il est de 6,9% chez les sujets domiciliés. La situation est la même en ce qui concerne l'absence de contact avec un confident : 68,6% des SDF en comparaison de 31,3% pour les sujets domiciliés. Tous ces pourcentages sont tirés de l'étude de Fischer et al. (1986). Il semble pertinent d'ajouter que l'échantillon de SDF de ces chercheurs étant composé à 94% d'hommes, ils ont choisi un échantillon de sujets domiciliés de sexe masculin seulement, dans le but d'assurer une meilleure homogénéité. De plus, les hommes faisant partie de l'échantillon des domiciliés étaient mariés à 48%, tandis qu'aucun SDF ne l'était; ce qui illustre bien la désaffiliation. Celle-ci serait encore plus grande parmi les sous-groupes de SDF atteints de troubles mentaux, dont ceux avec un problème d'alcool (Koegel et Burnam, 1988). Il est intéressant de noter que, chez les SDF, seulement 11,8% ont plus de six parents proches et plus de six amis. Chez les hommes domiciliés, dans les deux cas, le

pourcentage s'élève à environ 45%. Aucun SDF ne compte plus de trois confidents, comparativement à 25,6% chez les hommes domiciliés (Fischer et al., 1986). Cependant, il demeure difficile d'établir si ces problèmes vécus au niveau du réseau social sont la cause ou l'effet de l'expérience itinérante.

2. Le soutien social

2.1 Historique de l'intérêt pour le soutien social

Le soutien social est un thème fréquemment exploité dans la recherche en psychologie, plus particulièrement depuis une vingtaine d'années. Pour Brugha (1995a), il n'est pas possible de dire exactement à partir de quand le soutien social est devenu un thème de recherche; son importance a toujours été considérée comme allant de soi. Il est pratiquement impossible de déterminer depuis quand le soutien social est considéré comme étant un élément important dans le développement psychologique et la vie d'un individu, mais depuis le XV^{ème} siècle, de nombreux auteurs ont reconnu son importance dans le développement humain. Dans les dernières années, plusieurs auteurs ont écrit sur ce sujet (Barrera, 1986; Coyne & Downey, 1991), et une documentation scientifique riche et variée est maintenant disponible. Toutefois, la préoccupation pour identifier le soutien social semble être apparue assez tôt dans les études épidémiologiques, qui suggéraient que la présence des « autres » était reliée positivement à la santé et au bien-être (Caplan, 1974).

Plusieurs chercheurs le considéraient comme une propriété de l'environnement social.

2.2 Vers une définition de soutien social

2.2.1 Problème de définition

Il existe une certaine difficulté à définir ce qu'est le soutien social; celui-ci semble poser un problème de définition depuis toujours. En effet, les chercheurs ne se sont jamais entendus sur une définition simple et unique, avec laquelle chacun pourrait travailler. Il existe de nombreuses définitions différentes; certaines sont très élaborées, d'autres beaucoup moins. À défaut d'une définition universelle, c'est davantage un consensus sur les principales caractéristiques du soutien social qui a été obtenu avec les années.

2.2.2 Définition du soutien social

Il est possible de remarquer trois tendances dans les définitions données au soutien social. Dans les débuts, c'est-à-dire au cours des années '70 où cet élément était un aspect relativement nouveau dans la recherche, les définitions étaient moins élaborées et semblaient mettre l'emphasis sur la structure du réseau social d'un individu. Ainsi, par exemple, la grandeur et la densité du réseau social d'un individu étaient mesurées par la présence d'un proche, ou le fait d'appartenir à une communauté socialement cohérente

(Brown & Harris, 1978; Kaplan, Cassel & Gore, 1977). Les instruments basés sur ces définitions servaient aussi à mesurer le nombre de personnes que compte l'entourage d'un individu, la fréquence des contacts que celui-ci a avec ces personnes, ainsi que la nature de ces contacts et des liens qui l'unissent à ces personnes (Henderson et al., 1978). Par la suite, la notion de soutien social perçu a été introduite. Ce n'était plus la quantité mais la perception de la qualité qui importait. Les chercheurs incluaient donc les croyances ou perceptions individuelles de la disponibilité du soutien social. Sarason, Levine, Basham et Sarason (1983) définissent le soutien social comme la perception que les autres sont disponibles et la satisfaction par rapport au caractère adéquat du soutien disponible (le soutien obtenu répond-il aux besoins de l'individu qui en bénéficie?). Pour eux, le soutien social est l'existence ou la disponibilité des personnes sur qui un individu peut compter, personnes qui montrent qu'elles prennent soin de lui, l'aiment et l'estiment. La tendance actuelle est aux définitions plus élaborées; celles-ci tiennent compte de plusieurs aspects (Barrera, 1986; Barrera & Ainlay, 1983; Cutrona & Russell, 1990; Lin & Peek, 1999; Ptacek & Gross, 1997). La plus complète est probablement celle de Cutrona et Russell (1990). Elle inclut une variété de formes ou de fonctions potentielles que peut prendre le soutien social, formes qui semblent couvrir l'ensemble de ce qu'il représente : 1- le soutien émotionnel, dans lequel autrui communique à quelqu'un qu'il l'aidera si un stress survient; il s'agit de l'aide disponible; 2- le réseau de soutien social (ou intégration sociale), dans lequel un individu se sent faire partie d'un groupe qui partage ses intérêts; c'est aussi la présence des autres dans son entourage; 3- l'estime, ou la considération des autres; les autres

significatifs renforcent ici le sentiment de compétence et l'estime de soi chez quelqu'un; 4- l'aide tangible, dans laquelle autrui procure une assistance instrumentale, comme de l'argent et de l'aide physique si celle-ci est nécessaire; 5- le soutien informationnel, dans lequel un individu reçoit des suggestions ou des conseils dans le but de le guider vers des solutions à ses problèmes (Cutrona & Russell, 1990). Lin et Peek (1999) considèrent que le soutien social est constitué de trois variables: 1- variables structurelles (grandeur, densité); 2- variables relationnelles (fréquence des contacts, force des liens); et 3- variables « limites » (nombre de confidents, nombre d'aidants); ces variables réfèrent à des éléments qu'il est difficile d'inclure dans l'une ou l'autre des deux premières catégories, car elles présentent des caractéristiques communes aux deux.

Plusieurs éléments importants doivent donc être relevés lors de l'évaluation du soutien social d'un individu. Brugha (1995b) résume bien ces éléments : la description du système de soutien social peut se faire, d'une part, par l'ajout aux informations déjà recueillies à propos de la famille, en mettant l'accent sur le lieu physique où se trouvent les membres du système, la fréquence des contacts, et les sortes de transactions qui ont lieu, et d'autre part, en tenant compte à la fois de la force des relations sociales en termes de « sentiment d'attachement », d'habileté et de tendance à se confier, et du degré avec lequel ces qualités apparaissent être réciproques. Ainsi, il est possible d'affirmer que, dans les études récentes, la plupart des auteurs s'entendent aussi pour dire qu'il est important que les aspects négatifs aussi bien que positifs des transactions interpersonnelles soient décrits.

Par ailleurs, il est important de préciser que le soutien social ne se limite pas aux proches; le réseau d'intervenants sociaux peut aussi en constituer la composante principale.

2.3 Le soutien social comme facteur de protection chez les sujets atteints d'un trouble mental

L'idée de « facteurs de protection » s'est établi fermement dans le champ de la recherche psychiatrique depuis le début des années 1980. Le soutien social est considéré, en tant que facteur de protection, sous deux aspects distincts dans les différentes recherches : facteur de protection pour le développement d'un trouble mental, d'une part, et facteur de protection pour la symptomatologie chez les sujets présentant déjà un trouble mental, ou une structure psychotique de base, d'autre part. Ainsi, par facteur de protection, il est fait référence à l'association entre le soutien social et l'incidence décroissante des troubles mentaux, d'une part, et la rechute, d'autre part (Côté & Hodgins, 1996).

Hollingshead et Redlich (1958), dans une étude classique sur l'importance du soutien social, essaient d'expliquer la plus grande fréquence de cas de troubles mentaux traités parmi les classes défavorisées en signalant les problèmes d'intégration à des réseaux d'appartenance dans ces groupes. Faris et Dunham, en 1939 (cité dans Horwitz & Scheid, 1999), en étaient arrivés à la même conclusion. Plus tard, Leavy (1983) conclut, sur la base de sept études longitudinales, qu'il existe un lien significatif entre l'absence de soutien

social et la présence de problèmes psychologiques. Une autre étude confirme l'hypothèse générale qu'un effet immunisant est relié au soutien social (Pagel & Becker, 1987). Suite aux travaux qu'il a effectués, Garnezy (1985) retient trois aspects qui peuvent être considérés comme facteur de protection: a) les traits de personnalité comme l'autonomie et l'estime de soi, b) une situation familiale cohésive et chaleureuse où il y a absence de discorde et c) la disponibilité d'un système externe de soutien renforçant et encourageant l'adaptation. Plus récemment, Dalgard, Bjork et Tambs (1995) démontrent que le soutien social protège contre le développement de troubles mentaux, mais seulement lorsque la personne fait face à des éléments stressants, tels des événements de vie négatifs.

En ce qui concerne le deuxième aspect du soutien social considéré comme facteur de protection, il est présumé que les facteurs psychosociaux jouent un rôle important en influençant les caractéristiques cliniques des troubles mentaux graves (Hultman, Wieselgren & Öhman, 1997). Plus précisément, le soutien social est généralement considéré depuis quelques années comme un facteur pouvant limiter la sévérité des symptômes chez les personnes atteintes d'un trouble mental, voire même un facteur de protection chez les sujets psychotiques. Rutter, en 1990, avance que les bonnes relations parent-enfant, ainsi que les relations conjugales satisfaisantes, sont des facteurs de protection contre le développement de symptômes. D'ailleurs, le sens commun incite à penser que le fait d'avoir un vaste réseau de relations positives procure un meilleur soutien et, par conséquent, contribue à un meilleur état de santé mentale. Par état de santé mentale, il est question dans cette approche

de la manifestation de la symptomatologie, et non de la structure de l'individu, au sens clinique et dynamique du terme. Ainsi, par exemple, le soutien procuré par le réseau d'un individu schizophrène pourra peut-être freiner la manifestation des symptômes positifs ou négatifs chez cet individu, mais il n'influencera en rien sa structure psychotique, comprise ici au sens psychodynamique du terme.

Suite aux nombreuses études sur l'importance du réseau social, les dirigeants qui ont formulé la politique de santé mentale au Québec, adoptée en 1989, estiment que le renforcement du réseau social présente un potentiel inestimable pour la prévention des problèmes de santé mentale. Le ministère entendait donc, par la suite, soutenir les initiatives du milieu qui font appel à la solidarité, notamment chez les groupes les plus vulnérables (Ministère de la santé et des services sociaux, 1992).

2.4 Limites du soutien social lorsqu'il en vient à constituer un élément stressant

Les relations interpersonnelles ne donnent pas toujours lieu à des échanges positifs. Elles sont toutes constituées de hauts et de bas et peuvent parfois amener des contrariétés pouvant aller jusqu'à devenir sources de problèmes chez un individu. Dans les cas où une relation amène de nombreux stress chez un individu, cette relation peut-elle tout de même lui apporter un certain soutien? À ce sujet, Hammer (1981) précise qu'une personne qui a des relations proches l'aidant à faire face au stress est considérée comme ayant un soutien,

mais que des relations proches qui sont elles-mêmes sources de stress ne peuvent être considérées comme un soutien pour un individu. Les chercheurs ne peuvent donc conclure que le soutien social, quel qu'il soit, a un effet toujours bénéfique sur la santé mentale. Dans ce sens, Tousignant (1992) a remarqué que les études qui analysent les réseaux des patients ont en revanche le mérite d'indiquer certaines caractéristiques sociales d'une dynamique de maintien dans un état pathologique. Il ajoute aussi que l'influence du soutien social connaît des limites dans les circonstances extrêmes. Souvent l'entourage est encore plus profondément atteint que la victime elle-même, ce qui paralyse toute velléité d'aide. Il fait d'ailleurs remarquer qu'il faut faire la distinction, dans les études sur le soutien social, entre le soutien qui a un impact positif et celui qui a un impact négatif sur la personne (relations aidantes ou stressantes). Cette distinction est similaire à celle de Hammer (1981).

Plus précisément, certains auteurs ont observé que le soutien social peut parfois avoir un effet aggravant pour les symptômes liés à la schizophrénie. Une série d'études anglaises révèlent en effet que les patients qui retournent au foyer sont plus sujets à une rechute dans le cas où la famille ne respecte pas leur aire d'intimité affective (Brown, Monck, Carstairs & Wing, 1962). Dans la population clinique, ce sont les « émotions exprimées », en référence aux attitudes et comportements hostiles et autoritaires des membres de la famille, notamment les critiques et commentaires négatifs des parents, qui sont reliées à la rechute chez les schizophrènes (Brown et al., 1962; Vaughn & Leff, 1976)

et, plus récemment, chez les dépressifs (Hooley, Orley & Teasdale, 1986).

2.5 Le soutien social perçu et ses limites

La notion de « soutien social perçu » a été introduite depuis quelques années seulement, mais certains auteurs considèrent maintenant cette notion probablement plus utile que l'idée d'un soutien social réellement reçu et disponible, voire que l'aide tangible (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990). Ceux-ci avancent que la perception de la disponibilité du soutien de la part des proches est un élément qui prédit de façon plus fiable l'ajustement et la santé que le sont les mesures du soutien réellement reçu des autres. Plus précisément, la probabilité de l'aide, ou l'attente que l'aide sera là en cas de besoin, serait un des facteurs les plus déterminants; ce facteur aurait un impact sur le bien-être émotionnel et physique (Pierce, Baldwin & Lydon, 1997; Sarason et al., 1990). Dans le même sens, les instruments qui mettent l'accent sur l'évaluation subjective de l'environnement social (c'est-à-dire le soutien perçu) seraient plus cohérents et plus fiables que les mesures plus objectives des interactions sociales (c'est-à-dire le soutien réellement reçu et les indices de description du réseau) (Barrera, 1986). Toutefois, Tousignant (1992) amène un point de vue différent et particulièrement intéressant en ce qui a trait aux éléments qui devraient être considérés et amassés lors de l'évaluation du soutien social. Il se demande en effet si l'on doit juger les comportements d'aide de l'entourage en soi, ou chercher à vérifier si ceux-ci sont utilisables par l'individu. Il mentionne que le principal danger est de définir le soutien selon les

éléments perçus par l'utilisateur potentiel. Dans la plupart des recherches, c'est presque toujours le bénéficiaire qui décrit les comportements d'aide de son entourage; la variable devient donc davantage le soutien social perçu que le soutien social réellement reçu et disponible, tel que vu sous l'angle de l'observateur neutre. Dans ces circonstances, il y a risque de contamination entre les mesures de soutien perçu et celles de santé mentale. En effet, celui ou celle qui se sent doté d'un bon moral risque de percevoir comme positive l'aide reçue; si le moral est déficient, l'aide risque d'être niée ou dénigrée, d'où l'importance de considérer les comportements de soutien sans tenir compte des perceptions du receveur. Tousignant (1992) parle de l'utilisation d'un instrument complexe pour mesurer le soutien social qui permet de rendre compte des divers aspects du soutien. Cet instrument couvre à la fois une enquête détaillée sur les moments de confiance entre le sujet et les membres de son réseau de soutien, et la perception du sujet à propos de la quantité de confidences échangées. Les résultats ont indiqué que ce sont les caractéristiques objectives des échanges rapportés plutôt que les perceptions de leur qualité qui prédisent la dépression. De plus, les chercheurs reconnaissent maintenant que le soutien social, spécialement le soutien perçu, n'est pas simplement une variable environnementale, mais que c'est aussi un attribut de la personnalité, avec laquelle il se confond (Bolger & Eckenrode, 1991; Sarason, Pierce et Sarason, 1994). De plus, Bolger et Eckenrode (1991) soulignent que le soutien social perçu n'a aucun effet modérateur sur l'anxiété, tandis que l'intégration sociale (nombre de contacts avec les amis et les voisins dans les loisirs, les groupes religieux, etc.) en a un. Cutrona (1986) affirme que le soutien social perçu ne fait

que prédire les comportements d'aide qui seront reçus. Aussi, plus l'individu perçoit un soutien social marqué, plus il recevra effectivement de l'aide, mais seulement lors des jours où au moins un événement stressant survient.

2.6 Critique de la démarche méthodologique eu égard au schème de recherche: le problème de la causalité

Après avoir fait une recension des écrits scientifiques sur le réseau de soutien social des schizophrènes, Henderson (1980) conclut qu'il est difficile d'établir la direction de la causalité, à savoir si le soutien social est altéré par la psychose et sa phase prodromique, incluant la personnalité prémorbide, ou si le soutien social contribue à l'apparition de la maladie.

Robins et Regier (1991) ont remarqué que les personnes célibataires, séparées ou divorcées, qui souffrent de troubles mentaux, étaient toujours plus nombreuses que les personnes vivant une relation de couple. Ils ont donc émis les trois hypothèses suivantes:

1- la difficulté à maintenir les relations interpersonnelles empêcherait le mariage, en raison de la maladie, 2- si le trouble commence après le mariage, les difficultés à maintenir les relations interpersonnelles auraient pu mener à la séparation ou au divorce, et 3- le stress associé à la perte de soutien social suivant la séparation ou le divorce pourrait exacerber une vulnérabilité à la maladie.

De solides relations conjugales peuvent réduire l'exposition à des éléments stressants et procurer une source de soutien durant les temps de difficultés. Il faut cependant être prudent avant de présumer de la causalité de la relation entre le statut marital et les troubles mentaux, puisque le fait de vivre de solides relations conjugales suppose une adaptation de la part de l'individu et des ressources personnelles certaines.

2.7 Variables intervenantes

Jusqu'à maintenant, il a été démontré que le soutien social est un facteur de protection pour la santé mentale, du moins en ce qui a trait à la manifestation de la symptomatologie. Toutefois, il n'intervient pas seul. D'autres facteurs peuvent influencer la santé mentale d'un individu et ce, en interaction avec le soutien social. Par exemple, le sexe d'un individu et le type de syndrome dont il souffre constituent des variables intervenantes significatives. Le soutien social peut interagir différemment sur la santé mentale d'un sujet selon que celui-ci est un homme ou une femme, qu'il souffre d'un trouble psychotique ou d'un trouble de l'humeur.

2.7.1 Le sexe

Quelques études ont porté sur la différence qui peut exister entre les hommes et les femmes, eu égard au soutien social. Elles suggèrent que les hommes et les femmes diffèrent

dans leur besoin et leur approche générale du soutien social. Brown, Bhrolchain et Harris (1975) concluent que les femmes tirent leur satisfaction des proches, en particulier des relations de confident avec leur mari ou leur ami de cœur. Pour sa part, Warheit (1979) observe que les hommes trouvent leur satisfaction dans des relations où ils prennent part à des activités sociales, notamment lors de tâches à accomplir avec des proches, autant d'occasions de rencontrer des individus avec qui ils peuvent parler. L'étude de George, Blazer, Hughes et Fowler (1989) indique que le soutien social perçu, ainsi que la taille du réseau de soutien social, sont reliés de façon significative aux rémissions, dans la dépression, alors qu'il y a évidence que l'effet est plus grand chez les hommes que chez les femmes. De plus, des auteurs ont remarqué que les femmes ont des relations proches, ou intimes, en plus grand nombre que les hommes. Toutefois, ceux-ci ont un réseau de soutien social plus grand (Fuhrer, Stansfeld, Chemali & Shipley, 1999).

2.7.2 Le soutien social eu égard au type de syndrome

Certains auteurs ont fait la preuve que le soutien social peut influencer la manifestation de la symptomatologie dans plusieurs types de troubles, en particulier dans les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur (Blazer & Hughes, 1991; Breakey, 1996b; Brugha et al., 1987; George et al., 1989; Hammer, 1981; Jablensky et al., 1992; Pagel et Becker, 1987). Ces troubles sont, sinon les plus importants, du moins les plus étudiés dans le domaine de la psychopathologie. La dépression majeure ainsi que le trouble

bipolaire font partie, avec quelques autres, des troubles de l'humeur, tandis que, dans les troubles psychotiques, il y a entre autres la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant ainsi que le trouble psychotique non spécifié (DSM-IV), (American Psychiatric Association, 1994). Un individu peut présenter également un certain nombre de symptômes, sans pour autant rencontrer toutes les caractéristiques d'un syndrome donné.

2.7.2.1 Les troubles psychotiques

Dans leurs recherches portant sur l'influence du soutien social dans le cas des troubles psychotiques, les auteurs ont étudié plus particulièrement la schizophrénie. Hammer (1981), ainsi que Hultman et al. (1997), soutiennent que les facteurs sociaux, dont le soutien social, peuvent affecter la santé, au sens général du terme, notamment lorsque l'effet concerne la schizophrénie et ce, de diverses façons. Selon Hammer (1981), ces facteurs peuvent être médiateurs, modérateurs ou amortisseurs. Il conçoit le soutien social comme pouvant contribuer positivement à l'adaptation de l'individu. Jablensky et al. (1992), dans une étude portant également sur la schizophrénie, ont démontré qu'il y avait moins de rechutes chez les schizophrènes qui ont plus de contacts avec des amis proches et chez ceux qui sont mariés. De même, Hultman et al. (1997) ont démontré qu'il y avait moins de rechutes chez ceux qui ont une meilleure intégration sociale (ceux qui se tournent vers les autres quand ils ont un problème). Chez ceux qui n'ont pas de contact avec des amis proches, ils ont remarqué des symptômes plus nombreux et la nécessité d'un nombre

accru de traitements.

Corin et Lauzon (1988) observent que les schizophrènes, qui sont souvent hospitalisés, vivent un sentiment de marginalité par rapport à la famille et à la parenté; ce sentiment est vécu de manière négative. Ces patients ont peu de contacts avec les membres de leur famille, recevant ainsi peu de soutien de leur part.

2.7.2.2 Les troubles de l'humeur

La dépression est le trouble qui a été le plus étudié dans le spectre des troubles de l'humeur, du moins en ce qui a trait aux études sur le soutien social. Il est possible d'affirmer que les études effectuées démontrent souvent que le peu de soutien social augmente le risque d'une symptomatologie dépressive. Mais les modèles qui expliquent comment le soutien social « affecte » la santé mentale, et la dépression en particulier, diffèrent. En fait, certains auteurs tentent de démontrer que le soutien social a un effet sur la symptomatologie, ce qui a pour effet de prévenir les rechutes, tandis que d'autres tentent de démontrer son rôle de protection en ce qui a trait à l'étiologie même du trouble.

Certains auteurs démontrent que le soutien social est relié à la dépression, et qu'il a un effet sur ce trouble (Billings & Moos, 1985). Par exemple, Pagel et Becker (1987) indiquent que de hauts niveaux de dépression sont associés aux contacts sociaux moins

nombreux avec les amis et les proches. Dernièrement, une étude a permis d'établir que, chez les femmes, lorsque le soutien social reçu est augmenté, le niveau de dépression diminue alors que, lorsque le soutien social reçu est diminué, le niveau de dépression augmente (Cheng, 1999). D'autres affirment que ces hauts niveaux de dépression sont aussi associés à une moins grande satisfaction de la qualité du soutien reçu de la part des autres (Blazer & Hughes, 1991). Veiel (1995) confirme les résultats de George et al. (1989) selon lesquels les mesures subjectives du soutien social sont corrélées de façon négative avec la dépression.

Plusieurs auteurs ont parlé du soutien social comme facteur de protection dans la dépression. Breakey (1996b) indique que, pour les troubles dépressifs, quelques facteurs de protection ont été identifiés, dont les relations interpersonnelles satisfaisantes. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs remarqué que le rétablissement suite à un trouble mental, comme la dépression, est prédit de façon significative par les niveaux de soutien social évalué durant la maladie, et par la quantité et la qualité des relations interpersonnelles vécues auprès des proches, plus précisément (Brugha et al., 1987; Jablensky et al., 1992). Dans ce sens, une étude récente a permis d'identifier certains facteurs qui prédisent la rémission « stable » dans la dépression: moins d'argumentation et de conflits dans la famille, plus d'amis qui aident et plus d'activités réalisées avec des amis (Moos, Cronkite & Moos, 1998).

Se basant sur une étude antérieure, Tousignant (1992) indique que la raison pour

laquelle le manque de soutien social est un facteur aggravant tient au fait qu'il a des répercussions sur la valeur que la personne s'attribue à elle-même. Le soutien social, dans ces modèles, est conçu comme l'aspect externe de l'estime de soi qui serait un reflet interne de cet aspect objectif. L'absence de soutien social et la faible estime de soi formeraient donc deux facettes d'un même processus qui mène à la dépression.

L'effet protecteur du mariage pour contrer les troubles de l'humeur est confirmé dans plusieurs études épidémiologiques. Dans celle de Hirschfeld et Cross (1982), les personnes mariées ont des taux de prévalence, pour la dépression, plus bas que les personnes seules ou les personnes séparées ou divorcées. Cette observation ne s'applique pas pour le trouble bipolaire où aucune différence n'a été remarquée.

Sous ces aspects, l'absence de soutien social deviendrait donc un facteur important de la dépression. Autant son absence peut accélérer la dégradation d'une situation qui semble sans issue, autant il permet de jeter les bases à une reprise en main des situations difficiles. Toutefois, il importe à nouveau de souligner qu'il s'agit là de facteurs associés. Parler de facteurs de protection laisse entendre qu'il y a un rapport de cause à effet; celui-ci ne peut être véritablement démontré sur une base transversale.

2.8 Le soutien social et l'utilisation de services, en particulier de l'urgence générale

Le relâchement des liens familiaux et communautaires inhérent à la société industrielle y fait pour beaucoup dans l'isolement du patient psychiatrique. L'individu qui vit des problèmes émotionnels intenses ne peut pas trop compter sur des parents ni des proches pour le soutenir. Une personne qui n'a pas d'attache socio-affective dans la société pourrait donc envisager davantage de recourir à la sécurité de l'hôpital.

Tousignant (1992) affirme que les patients en consultation externe présentent un réseau de soutien social nettement déficient. Les patients atteints d'un trouble psychotique sont désavantagés par rapport aux patients atteints d'un trouble moins sérieux, qui eux-mêmes sont moins favorisés que les personnes des groupes de comparaison provenant de la communauté. Les psychotiques ne comptent souvent pas plus de quatre ou cinq personnes dans leur réseau d'appartenance, alors que la moyenne oscille entre 25 et 30 personnes chez les individus de la population générale.

Selon Robins et Regier (1991), les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur utilisent plus souvent les services de santé que tous les autres patients atteints de syndromes différents.

Doré (1987) mentionne que l'urgence des hôpitaux demeure la seule porte d'entrée

dans le système pour les personnes en situation de crise, la seule porte d'entrée pour les malades psychiatriques. Par contre, les personnes sont souvent retournées sans avoir reçu l'aide nécessaire. La mission des C.L.S.C. concernant la prévention, l'accueil, la référence, le maintien dans la communauté et les services à domicile, ne se serait pas étendue à la clientèle psychiatrique.

Certains auteurs avancent le fait que les personnes aux prises avec des troubles mentaux sont souvent amenées à l'urgence par la police, celle-ci étant appelée par la famille. Ce sont surtout des familles pauvres et sous-éduquées des villes qui font appel à ces services (Teplin, Filstead, Hefler & Sheridan, 1980).

Comme le mentionnent Sobel, Anisman et Hamdy (1998), il est possible de constater qu'il y a très peu d'études qui examinent les éléments pouvant prédire la fréquence d'utilisation des services d'urgence, et la nature des besoins s'y rattachant, et ce à travers l'année. Une étude récente, effectuée sur 5 ans (de 1988 à 1992) dans une région rurale du Vermont, a permis d'amasser des données sur les visites à l'urgence psychiatrique. Sobel et al. (1998) ont donc examiné l'achalandage de l'urgence selon les différentes saisons et conditions atmosphériques, selon les jours de la semaine, les congés ainsi que les vacances scolaires. Ils ont pu noter que l'hiver est la période où les contacts avec l'urgence sont les plus élevés; l'été celle où ils le sont le moins. En hiver, les jours de neige marquent une augmentation des contacts avec l'urgence. Les jours de températures élevées (plus de 27

degrés Celsius), il y a moins de contacts à l'urgence, tout comme, de façon surprenante cependant, lors des jours les plus froids (moins de -18 degrés Celsius). Lors des jours de pluie, il y a augmentation des contacts mais chez les enfants seulement. Les auteurs expliquent l'augmentation du nombre de contacts en hiver par le fait que les taux de dépression sont aussi plus élevés à cette période de l'année (Maes, Meltzer, Suy & De Meyer, 1993; Wehr & Rosenthal, 1989).

Par le fait que le soutien social est considéré comme facteur de protection pour la santé mentale et que le processus de désinstitutionnalisation a favorisé l'errance des sujets atteints de troubles mentaux sans ressources, il est facile de penser que ces derniers pourront avoir recours aux urgences des hôpitaux en cas de besoins, et que ces besoins se manifesteront plus fréquemment en comparaison des sujets possédant un bon réseau de soutien social. Le fait que ce soit une clientèle difficile donne aussi à penser qu'ils peuvent se retrouver dans ces mêmes urgences, en raison des problèmes de prise en charge qu'ils posent, problèmes dus à leur double problématique et à leur tendance au passage à l'acte. C'est donc le lien qui existe entre le soutien social et l'utilisation d'une salle d'urgence générale qui fait l'objet de cette étude. Par ailleurs, l'association entre l'utilisation des services d'une salle d'urgence et le soutien social peut être affectée par un facteur extérieur tel les rigueurs de l'hiver ou une pluie abondante pour le sujet à la rue. Il est possible de penser que ces aspects liés à la température peuvent avoir un rôle intermédiaire dans l'association potentielle entre le soutien social et la fréquence d'utilisation des services de

l'urgence. Les impressions du personnel soignant s'ajoutent aux rares études effectuées sur ce sujet, en indiquant que la température extérieure influence la fréquentation des hôpitaux généraux. Il serait donc intéressant de pouvoir vérifier ces impressions.

L'intention de cette recherche n'est pas d'établir la causalité entre le soutien social et la santé mentale. Il ne s'agit pas de savoir si le manque de soutien entraîne l'apparition de symptômes psychiatriques, ou si au contraire la présence d'un trouble mental affecte le réseau de soutien social d'une personne, en réduisant le nombre de personnes qui le compose. L'objet de cette recherche est plutôt de vérifier s'il y a un lien entre l'état du soutien social d'une personne, son état psychologique et l'utilisation qu'elle fait des services d'urgence.

Les objectifs de l'étude sont donc les suivants:

- 1) Vérifier s'il est possible d'établir un lien entre d'une part, le type de soutien social, la fréquence et la nature des contacts avec les membres du réseau de soutien social des sujets en demande d'aide psychologique et, d'autre part, le nombre de visites formellement enregistrées dans une salle d'urgence générale pour ces mêmes sujets.
- 2) Évaluer s'il est possible que la température extérieure et des conditions atmosphériques moins favorables aient aussi un effet sur la fréquence des visites à l'urgence.

3. Les hypothèses

Les objectifs pourront être réalisés grâce aux huit hypothèses suivantes:

- 1) Il y a un lien entre le fait, pour un sujet, d'avoir un réseau de soutien social plus restreint et le fait de visiter l'urgence à de multiples reprises.
- 2) Les sujets bénéficiant de contacts plus personnels (auprès de personnes qui sont plus intimes, comme un parent, un conjoint, un enfant, un ami) se présentent à l'urgence moins souvent que ceux bénéficiant uniquement de contacts moins personnels (intervenants sociaux, religieux, responsable de famille d'accueil, parrain civique), et que ceux n'ayant aucune personne ressource.
- 3) Les sujets qui ont des contacts plus fréquents avec les membres du réseau de soutien social visitent l'urgence moins souvent que ceux qui ont des contacts moins fréquents.
- 4) Les sujets qui ont des contacts plus interactifs et dynamiques (échanges verbaux lors d'activités réalisées en commun) se présentent à l'urgence moins souvent que les sujets dont les contacts se font principalement par téléphone ou sans échanges verbaux réels (présence physique seulement).

- 5) Le nombre de visites à l'urgence est plus élevé lors de conditions moins favorables, soit quand il y a présence de pluie ou de neige.
- 6) Le nombre de visites à l'urgence est aussi plus élevé les jours où la température est plus froide.
- 7) Les sujets sans domicile fixe ont un nombre moins important de personnes dans leur réseau de soutien social que les sujets « domiciliés ».
- 8) Les sujets sans domicile fixe se présentent à l'urgence plus souvent que les sujets « domiciliés ».

Ce projet s'inscrit dans la poursuite des travaux de Côté et Hodgins (1996), qui ont publié un rapport sur les problèmes d'alcool, les problèmes de drogue et la conduite antisociale chez les sujets en demande d'aide psychologique dans une salle d'urgence.

Méthode

1. Sujets

L'échantillon est composé de 143 sujets (82 hommes et 61 femmes). Ces sujets habitent la région de Montréal depuis au moins 3 mois et le motif de consultation à l'urgence est autre que biomédical. Un motif de consultation est autre que biomédical si:

- 1- le sujet a demandé lui-même une aide psychologique;
- 2- un membre de la famille, un ami, un travailleur social, un agent de police a requis une aide psychologique pour le sujet;
- 3- le sujet a demandé de l'aide pour son problème de drogue, aide qui ne se limite pas à une simple médication pour pallier des symptômes de sevrage;
- 4- le sujet a tenté de se suicider;
- 5- le sujet a été dirigé vers l'urgence psychiatrique par le personnel médical;
- 6- le sujet est sans domicile fixe et le personnel médical n'a pas jugé à propos de fournir un soin biomédical.

Parmi les sujets rencontrés, 37,7% ont reçu un diagnostic de trouble mental grave par le personnel de l'urgence. Les sujets ont été rencontrés entre les mois de février et juin 1991. Pour s'assurer de la représentativité de l'échantillon, les divers moments de la vie d'une salle d'urgence ont été couverts: 24 heures par jour, sept jours par semaine, incluant une période de congés fériés (la période de Pâques) et à des moments correspondant à différentes températures (certaines plus arides, d'autres plus clémentes).

Des mois de février à juin 1991, 265 sujets, hommes et femmes, francophones et anglophones, furent abordés dans une salle d'urgence d'un hôpital général du centre-ville de Montréal, sujets qui venaient consulter pour un motif autre que biomédical. Parmi ceux-

ci, 193 signèrent une formule de consentement à participer à l'étude, formule qui donnait également accès aux dossiers. Toutefois, dans les faits, 144 sujets complétèrent le processus d'évaluation. Par la suite, un protocole a dû être annulé après qu'un sujet eût changé d'avis et demandé, après coup, de détruire toutes les informations qu'il avait pu fournir. En conséquence, l'échantillon complet comprend 143 sujets. Afin de pouvoir établir des comparaisons avec l'étude du Département de santé communautaire de l'hôpital St-Luc, il s'est avéré nécessaire de tenir compte d'un certain nombre de paramètres dans la définition de l'échantillon. Les sujets devaient être âgés d'au moins 13 ans, se présenter pour un motif autre que biomédical, du moins dans sa forme la plus importante, habiter dans la région métropolitaine depuis au moins trois mois.

À l'origine, il était prévu que les nouveaux clients accueillis par la clinique externe de psychiatrie seraient eux aussi abordés pour solliciter leur participation au projet. Des contacts soutenus, des mois de février à décembre 1991, n'ont pas permis d'aplanir toutes les difficultés. Ainsi, il fut décidé d'abandonner l'idée de recueillir des informations auprès de la clientèle de la clinique externe et ce, pratiquement au terme d'une année de démarche. Ainsi, les sujets observés ici proviennent uniquement de l'urgence générale.

2. Instruments de mesure

2.1 Fiche signalétique

Cette fiche comprend les renseignements qui concernent la consultation à l'urgence : date, sexe, motif de consultation, accompagnement à l'arrivée, provenance lors de l'arrivée à l'hôpital.

2.2 Données socio-démographiques

Ce questionnaire permet d'amasser divers renseignements concernant les sujets: lieu de résidence, statut civil, nombre de dépendants, relevé des personnes ressources présentes dans l'entourage du sujet, passé de prise en charge dans le domaine des services aux personnes atteintes de troubles mentaux. Lors du relevé des personnes ressources, plusieurs aspects étaient notés : le nombre total de personnes, le lien unissant cette personne au sujet (degré de parenté ou autre), la fréquence des contacts, ainsi que la nature des contacts. La fréquence des contacts est divisée en sept réponses possibles: 1- aucun contact, 2- contacts quotidiens, 3- 3 à 4 fois par semaine, 4- 1 à 2 fois par semaine, 5- 1 à 2 fois par mois, 6- 3 à 4 fois par année, et 7- moins de 3 à 4 fois par année. Quant à la nature des contacts, elle se divise en cinq: 1- aucun contact, 2- contacts téléphoniques, 3- présents physiquement, 4- échanges verbaux, et 5- autre.

2.3 Symptomatologie

La symptomatologie est évaluée à l'aide d'une version extensive du Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Lukoff, Nuechterlein & Ventura, 1986: voir Lukoff, Liberman & Nuechterlein, 1986), une version de 24 items de l'instrument original de Overall et Gorham (1962). Il s'agit d'un instrument reconnu, pour lequel il existe diverses extensions depuis son développement. Overall et Gorham (1962) rapportent des coefficients de fidélité inter-observateurs variant entre .56 et .87, pour un coefficient moyen de .78. Au niveau des symptômes psychotiques, Lukoff et al. (1986) obtiennent un coefficient de fidélité de .81; ce coefficient est calculé à l'aide d'une corrélation intraclasse. Cet instrument possède des qualités cliniques certaines : il s'avère sensible au changement clinique (études rapportées par Morrison, 1988); on a pu y construire un indice des tendances paranoïdes (Karson & Bigelow, 1986), alors que certains indices se sont avérés bons pour prédire les conduites agressives chez des sujets qui avaient été hospitalisés contre leur gré (Palmstierna, Lassenius, & Wistedt, 1989). Le tableau 1 présente les indices de fidélité inter-observateurs et d'accord inter-observateurs pour l'actuelle étude. À partir de 29 évaluations pour lesquelles deux évaluateurs indépendants ont porté jugement, l'accord inter-observateurs moyen s'établit à .71; il s'agit d'un coefficient kappa généralisé (Oud & Sattler, 1984) calculé sur la base de la dichotomie « intensité non pathologique » (score inférieur à 4) – « intensité pathologique » (score de 4 ou plus). La fidélité inter-observateurs moyenne, établie à l'aide d'une corrélation intraclasse, se chiffre à .70. Il n'a pas été

Tableau 1

Fidélité Inter-Observateurs pour les Items de la Grille Sommaire
D'Évaluation Psychiatrique (BPRS)

Symptôme	Corrélation intraclasse	Kappa Généralisé
1. Préoccupation somatique	.84	.92
2. Anxiété	.81	.58
3. Dépression	.89	.86
4. Culpabilité	.72	.70
5. Hostilité	.95	.93
6. Méfiance	.90	.84
7. Pensées étranges	.89	.92
8. Idées de grandeur	.85	.73
9. Hallucinations	.90	.83
10 Désorientation	-.06	.00
11. Désorganisation conceptuelle	.32	-
12. Excitation	.86	.63
13. Ralentissement moteur	.71	-
14. Affect plat	.52	-
15. Tension	.89	-
16. Maniérisme et tendance à poser	-	-
17. Absence de coopération	.00	-
18. Retrait émotionnel	-	-
19. Tendance au suicide	.89	.72
20. Soins personnels négligés	.82	.65
21. Comportement bizarre	.93	1.00
22. Humeur expansive	.36	-.05
23. Hyperactivité motrice	.87	1.00

Tableau 1 (suite)

Fidélité Inter-Observateurs pour les Items de la Grille Sommaire
D'Évaluation Psychiatrique

Symptôme	Corrélation intraclasse	Kappa Généralisé
24. Distractivité	.33	-

possible de calculer la fidélité et l'accord inter-observateurs pour certains indices en raison d'une prévalence trop faible du symptôme. Dans le même sens, certains résultats très faibles paraissent attribuables à cette prévalence trop réduite. L'appendice présente la distribution des résultats pour chacun des symptômes et ce, pour l'ensemble de l'échantillon. De même, l'accord parfait observé aux items 21 et 23 du BPRS présente peu d'intérêt en raison de la faible prévalence de l'intensité pathologique. À partir de ces observations, il fut décidé de ne retenir que les items 1 à 9, de même que l'item 19, dans la poursuite des analyses. En conséquence, l'accord inter-observateurs moyen se situe à .80 pour les items retenus; la fidélité inter-observateurs moyenne se situe à .86 quant à elle. Précisons que l'évaluation en accord inter-juges a été établie, pour la moitié, à partir de l'enregistrement de l'entrevue et, pour l'autre moitié, suite à l'observation participante en cours d'entrevue.

2.4 Abus d'alcool ou de drogue

Celui-ci est évalué à l'aide des sections alcool et drogue du Diagnostic Interview Schedule III-R (DIS III-R) (Robbins, Cottler, & Keating, 1989). Les coefficients d'accord inter-observateurs pour les diagnostics d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, établis à l'aide du DIS, varient de .74 à .88 (Helzer, Robins, McEvoy & Spitznagel, 1985; Robins, Helzer, Crougham, & Ratcliff, 1981). Dans le cadre de l'étude, l'accord inter-observateurs moyen se situe à .94.

2.5 Données complémentaires

Une grille de données complémentaires permet de noter, entre autres, le nombre de visites à l'urgence pour chacun des sujets et la température extérieure ainsi que les conditions atmosphériques lors de chaque visite.

3. Procédure

Afin d'assurer la représentativité de l'échantillon, il importait de couvrir les divers moments de la vie d'une salle d'urgence. En conséquence, trois assistantes de recherche assurèrent une présence, à tour de rôle, à la salle d'urgence, couvrant ainsi les 24 heures de la journée et ce, sur la base de quatre jours de présence, deux jours de relâche, et ainsi de

suite. Ce faisant, les divers jours de la semaine, incluant certaines fins de semaine, furent couverts. Les mois de cueillette de données comprennent des moments de température plus aride, d'autres de température plus clément; même une période de congés fériés fut couverte, soit la période de Pâques.

Étant donné que le moment de consultation correspond généralement au moment de crise, les assistantes de recherche établissaient essentiellement un contact avec les sujets, tout en recueillant quelques données signalétiques. Si le sujet était en mesure de fournir un consentement éclairé, les assistantes prenaient les coordonnées du sujet et l'avaient qu'il serait contacté par un psychologue de l'équipe de recherche dans les heures, voire les jours qui suivraient. Trois psychologues réalisèrent les entrevues d'évaluation à l'extérieur du centre hospitalier; chacun de ceux-ci possédait une expertise de la symptomatologie psychiatrique.

Les entrevues furent enregistrées pour la plupart; elles furent réalisées soit à la résidence du client, soit dans un bureau gracieusement prêté par le Centre de psychiatrie légale de Montréal, soit dans un petit local situé à l'urgence même de l'hôpital St-Luc, soit dans un endroit public (ex. restaurant) qui permettait un certain retrait afin de réaliser l'entretien avec des garanties minimales de tranquillité et d'intimité.

Résultats

1. L'analyse des données

1.1 La réduction des données

Tout d'abord, pour vérifier les quatre premières ainsi que la dernière hypothèses, une nouvelle variable a dû être créée. Celle-ci a été appelée « nbvisite ». Il a suffi de relever le nombre total de visites effectuées par chacun des sujets à l'urgence.

Pour la vérification de l'hypothèse 1, une autre variable, appelée « étendue », a dû être créée. Il a suffi de relever le nombre total de personnes ressources présentes pour chaque sujet, afin de calculer l'étendue du réseau de soutien social de chacun.

Les données utilisées pour la vérification de l'hypothèse 2 ont dû être regroupées pour faciliter les analyses et pour optimiser les résultats. À l'origine, les données concernant les membres du réseau de soutien social sont amassées sous forme dichotomique (présence ou absence) pour chaque type de personne nommée (par exemple, père, ami, conjoint, intervenant social, etc.). Une nouvelle variable a donc été créée, appelée « typintim », elle-même divisée en deux groupes: présence ou absence d'un intime (père, mère, conjoint, enfant, frère/sœur, ami) et présence ou absence d'un intervenant social (intervenant social, religieux, responsable de famille d'accueil, parrain civique). Cette variable a permis d'en créer une nouvelle, appelée typintil; cette dernière rend possible le

calcul des résultats avec trois groupes (1- a au moins un intime dans son réseau, 2- a seulement un (ou des) intervenant(s) dans son réseau, et 3- n'a aucune personne ressource).

Pour la vérification de l'hypothèse 3, les données ont dû être transformées avant l'analyse. Ces données, qui concernent la fréquence des contacts avec les membres du réseau de soutien social, sont amassées en sept catégories allant de contacts quotidiens avec une personne ressource à aucun contact avec une personne ressource (0- aucun contact, 1- contacts quotidiens, 2- 3 à 4 fois par semaine, 3- 1 à 2 fois par semaine, 4- 1 à 2 fois par mois, 5- 3 à 4 fois par année, et 6- moins de 3 à 4 fois par année). Une nouvelle variable appelée « freqcon » a été créée pour diviser les données d'origine en deux groupes, soit un groupe dont les sujets ont peu de contacts avec les membres de leur réseau de soutien social, et un autre groupe pour les membres qui ont des contacts fréquents: 0- aucun contact à 2 fois par mois, 1-1 fois par semaine à contacts quotidiens.

Les données utilisées pour la vérification de l'hypothèse 4 ont également dû être regroupées pour faciliter les analyses et pour optimiser les résultats. À l'origine, les données concernant les types de contacts sont divisées en cinq groupes (0- aucun contact, 1- contacts téléphoniques, 2- présents physiquement, 3- échanges verbaux, et 5- autre). Les types de contacts ont été regroupés, ce qui a créé une nouvelle variable. Celle-ci, appelée « naturcon », comportait trois groupes: 0- aucun contact, 1- contacts moins dynamiques (contacts téléphoniques et présents physiquement), et 2- contacts plus interactifs et

dynamiques (échanges verbaux).

Le calcul pour évaluer l'hypothèse 5 a nécessité la création d'une nouvelle variable, qui a été appelée « achal », pour l'achalandage de l'urgence à chaque journée (c'est-à-dire le nombre total de personnes ayant visité l'urgence à chaque jour enregistré par le projet). Il a fallu repasser chaque journée et entrer le nombre de personnes de l'échantillon ayant fréquenté l'urgence cette journée-là (nombre de fois qu'une même date revient). Donc, l'achalandage va de une à neuf personnes par jour.

Pour calculer l'hypothèse 6, la même variable que pour l'hypothèse 5 a été utilisée, c'est-à-dire la variable « achal ». De plus, une nouvelle variable a dû être créée pour pouvoir vérifier l'achalandage de l'urgence les jours où il fait froid. Celle-ci a été appelée « froid » et comporte deux catégories: 0- 0° C et +, et 1- < 0° C.

Pour la vérification de l'hypothèse 7, la variable « étendue » a été utilisée, tout comme pour le calcul de la première hypothèse. De plus, une nouvelle variable a été créée; elle a été appelée « itinérant ». La variable d'origine désignait le type de résidence des sujets et comportait 17 catégories: 1- dans la famille d'origine, 2- situation maritale, 3- vit avec un de ses enfants, 4- partage un appartement avec une (des) connaissance(s), 5- vit seul en appartement, 6- vit seul dans une maison de chambre, 7- itinérant, 8- appartement supervisé, 9- famille d'accueil, 10- foyer de groupe, 11- centre d'accueil, 12- centre hospitalier, 13-

centre de détention, 14- parenté, 15- en pension, 16- résidence pour personnes âgées, 17- centre de crise. La nouvelle variable, quant à elle, comporte deux catégories : 0- autre, et 1- itinérant. Les sujets qui déclaraient être sans domicile fixe étaient ainsi classés dans la catégorie « itinérant », et tous les autres sujets étaient placés dans la catégorie « autre ».

La vérification de la huitième hypothèse a nécessité l'utilisation des variables « itinérant » et « nbvisite », toutes deux utilisées dans quelques-unes des hypothèses précédentes.

Par désir de pousser plus loin les hypothèses, des analyses supplémentaires ont été effectuées. Ainsi, en complément à l'hypothèse 6, une variable appelée « chaud » a été créée afin de vérifier l'achalandage de l'urgence les jours où il fait chaud. Celle-ci comporte deux catégories: 0- 15° C et -, et 1- >15° C. Aucune transformation n'a été nécessaire pour mettre en relation la température en général (toutes les températures enregistrées) avec l'achalandage de l'urgence.

D'autres analyses ont été effectuées afin d'évaluer s'il existe une différence significative entre les sujets sans domicile fixe et ceux qui rapportent avoir un endroit où demeurer, et ce, au niveau de deux aspects, soit les indices pathologiques au BPRS et la prévalence des troubles toxicomaniaques. La variable « itinérant », créée pour l'hypothèse 7, a été utilisée pour définir les groupes dans le cadre de ces deux analyses.

En vue d'analyses ultérieures, les données des variables « nbvisite », « étendue » et "tmin"(température en général) ont été regroupées, et ce, après que la vérification de toutes les hypothèses ait été effectuée. Ainsi, la variable « grvisite » a été créée. Elle comporte deux catégories et désigne toujours le nombre de visites effectuées à l'urgence par un sujet: 1- une visite, 2- deux visites et plus. Comme les analyses envisagées sont une analyse hiérarchique logarithmique et une régression logistique, il importe que la variable « grvisite » soit sous forme dichotomique, étant donné qu'elle constitue la variable dépendante dans le cadre de la régression logistique. La distribution irrégulière de l'échantillon laisse suggérer une séparation entre les sujets n'ayant effectué qu'une visite à l'urgence, et ceux ayant cumulé deux visites et plus, ces derniers étant beaucoup moins nombreux que les premiers. La variable « étendue2 » comporte quant à elle trois catégories: 0- aucune personne ressource dans le réseau, 1- 1 à 4 personnes ressources, et 2- 5 à 8 personnes ressources. Pour la régression logistique, il valait mieux travailler avec des variables dichotomiques, étant donné le nombre réduit de sujets. Cette façon de faire limitait le nombre de catégories à entrer dans l'analyse, ce qui permettait de conserver des sous-groupes comportant plus de sujets. L'étendue du réseau a donc été transformée de nouveau: "étendue" comporte maintenant deux catégories: 0- 0 à 2 personnes, et 1- 3 à 8 personnes. Finalement, en divisant la variable "tmin" en trois groupes, il a été possible de créer la variable "températ": 0-moins de zéro degrés Celsius, 1-entre zéro et 15 degrés Celsius, et 3- plus de 15 degrés Celsius. Il était nécessaire de créer cette nouvelle variable pour remplacer les variables "froid" et "chaud"; ces dernières se recoupaient et de

l'information était perdue. Effectivement, un sujet qui effectuait une visite alors que la température était de 10 degrés Celsius se retrouvait dans la catégorie "moins chaud" (moins de 15 degrés) pour la variable "chaud", et dans la catégorie "moins froid" (plus de zéro degrés Celsius) pour la variable "froid".

1.2 L'analyse statistique

La première étape fut de déterminer le type d'analyses à effectuer en faisant l'étude des distributions de fréquence. Ainsi, pour les quatre premières hypothèses, de même que pour la huitième hypothèse, des analyses de type non paramétrique ont dû être utilisées en raison d'une distribution inadéquate de la variable étudiée; celles-ci étant le nombre de visites à l'urgence effectuées par chaque sujet. Par contre, pour les hypothèses 5 et 6, des analyses de type paramétrique ont pu être utilisées car la distribution des variables, c'est-à-dire le nombre total de visites à l'urgence par jour ainsi que la température minimale enregistrée à chaque jour, le permettait. L'hypothèse 7 a nécessité elle aussi une analyse de type non paramétrique en raison de la distribution de la variable dépendante, qui relève le nombre de personnes faisant partie du réseau de soutien social de chaque sujet.

L'hypothèse 1 nécessitait un test de prédiction, ou d'inférence. En raison de la distribution inadéquate des variables, un rho de Spearman a été utilisé; c'est l'analyse la plus couramment utilisé dans ce genre de situation.

Les hypothèses 2, 3 et 4 nécessitaient des tests de comparaison, et, comme il a été mentionné plus haut, les analyses devaient être de type non paramétrique. Le test de Kruskal-Wallis a donc été utilisé dans le cas des hypothèses 2 et 4, et le test de Mann-Whitney a été utilisé dans le cas de l'hypothèse 3. Le choix dépend évidemment du nombre de groupes comparés (deux groupes pour l'hypothèse 3, plus de deux groupes pour les hypothèses 2 et 4); ceux-ci représentent toujours des échantillons indépendants.

Les hypothèses 5 et 6 nécessitaient, comme l'hypothèse 1, des tests de prédiction, ou d'inférence. Cependant, la distribution permettait, dans ce cas, des analyses de type paramétrique. Compte tenu des variables indépendantes, les hypothèses 5 et 6 nécessitaient l'utilisation d'une corrélation à l'aide du point bisérial; celui-ci étant peu courant et non disponible pour le logiciel d'analyse SPSS, version 10, une corrélation de Pearson a été utilisée en lieu et place. La corrélation de Pearson est fréquemment utilisée dans ce genre de situation.

Toutefois, il importe de préciser que la variable liée à la température a nécessité de réorganiser les données pour un traitement sur la base de l'événement plutôt que sur la base du sujet. Une visite à l'urgence est alors considérée comme un événement, et plusieurs événements peuvent être le fait d'un même sujet de l'échantillon. Cette base de données a été utilisée pour les hypothèses 5 et 6.

Les hypothèses 7 et 8 nécessitaient, quant à elles, une analyse non paramétrique en raison de la distribution inadéquate des variables dépendantes. Le nombre de groupes de la variable indépendante a donc nécessité l'utilisation d'un test de Mann-Whitney.

En complément à l'hypothèse 6, d'autres analyses ont été effectuées. En ce qui concerne la vérification de l'achalandage de l'urgence les jours où il fait chaud, une situation identique aux hypothèses 5 et 6 s'est présentée: une corrélation de Pearson a dû être utilisée à défaut d'un point biserial. Toutefois, pour la prédiction de l'achalandage selon la température en général, une corrélation de Pearson a été utilisée car les courbes des variables dépendantes et indépendantes étaient très adéquates.

Le test de khi-carré a été utilisé pour effectuer les comparaisons au niveau des indices pathologiques au BPRS, de même que pour la comparaison au niveau de la prévalence des troubles toxicomaniaques.

Dans le but d'effectuer une analyse hiérarchique logarithmique et une régression logistique, il a été nécessaire de refaire des analyses avec toutes les variables intervenantes dans cette étude, en comparant les sujets ayant visité l'urgence une seule fois avec ceux l'ayant visité deux fois ou plus (variable « grvisite »). Un test de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer ces deux groupes de sujets au niveau de l'étendue du réseau de social (« étendue2 ») et du type d'intimité, ou type de lien établi avec les personnes ressources

(« typintil »). Un test de khi-carré a été utilisé pour les comparaisons à tous les autres niveaux: fréquence des contacts avec les membres du réseau (« freqcon »), nature des contacts (« naturcon »), conditions atmosphériques lors des visites à l'urgence, température lors des visites (températ), et le fait d'être, ou de ne pas être, sans domicile fixe (itinéran).

2. La présentation des résultats

2.1 Description de l'échantillon

Le tableau 2 présente une description de l'échantillon à partir des données signalétiques recueillies à l'arrivée du sujet à l'urgence générale. Il ressort que le client moyen, en demande d'aide psychologique, est un sujet âgé en moyenne de 35,6 ans, avec un écart-type de 11,0 ans et un âge médian de 33,1 ans. Il provient d'une résidence privée pour plus de la moitié des cas (58,5%) et se présente soit seul (35,0%), accompagné d'un proche ou d'une connaissance (24,5%), accompagné d'un intervenant social (40,6%). À partir de cette prise de contact avec l'urgence générale, il est possible d'observer que 69,9% des sujets sont orientés vers un service interne de l'hôpital. Sous cette appellation sont regroupées l'urgence psychiatrique, l'unité d'observation, l'unité psychiatrique et l'unité de désintoxication. Le tableau 2 permet également d'observer qu'il existe quelques différences entre les hommes et les femmes. À un niveau statistiquement significatif, les hommes sont plus âgés ($Md = 35,7$ ans; $m=37,4$; $et=11,38$) que les femmes ($Md = 29,8$ ans; $m=33,2$;

Tableau 2

Description de l'Échantillon au plan des Indices Recueillis à l'Arrivée

Variable	Total N=143	Hommes N=82	Femmes N=61	Test de signification
Âge : (médiane/ans)	33,1	35,7	29,8	2,22*
Accompagnement à l'arrivée : (%)				
Aucun	35,0	46,3	19,7	19,49***
Connaissance	24,5	12,2	41,0	
Intervenant social	40,6	41,5	39,3	
Provenance : (%)				
Résidence privée	58,5	50,6	68,9	4,83*
Autre	41,5	49,4	31,1	
Orientation : (%)				
Service interne	69,9	61,0	82,0	7,61**
Autre	30,1	39,0	18,0	

Note : * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

et=10,07) ($t(141) = -2,26, p \leq .03$). Il est également à noter qu'ils sont moins souvent accompagnés à leur arrivée en comparaison des femmes. Les femmes, quant à elles, proviennent davantage d'une résidence privée au moment de l'arrivée à l'urgence.

Au plan des indices socio-démographiques (tableau 3), il est possible d'observer que les sujets sont majoritairement célibataires (59,4%). Par ailleurs, 42% d'entre eux ont des enfants. Une différence statistiquement significative apparaît dans la comparaison entre les hommes et les femmes : ces dernières ont plus souvent des enfants. Bien qu'il ne s'agisse

Tableau 3

Indices Socio-démographiques

Variable	Total N=143	Hommes N=82	Femmes N=61	Test de signification
Statut civil : (%)				
Célibataire	59,4	65,9	50,8	3,28
Enfant (présence) : (%)	42,0	34,1	52,5	4,82*

Note : * $p \leq .05$

que d'une tendance, à défaut d'atteindre le seuil de signification statistique, les hommes (65,9%) connaissent davantage un statut de célibataire en comparaison des femmes (50,8%) ($\chi^2(1, N=143) = 3.28, p = .07$).

Partant des observations précédentes, il est possible de constater qu'au niveau de la résidence, 18% des femmes connaissent une situation maritale, ce qui est observé chez 12,2% des hommes (tableau 4). Elles vivent également plus fréquemment avec un proche. Ainsi, 8,2% des femmes vivent dans leur famille d'origine, 18% avec leur conjoint, 11,5% avec un de leurs enfants; pour les hommes, les pourcentages respectifs sont de 4,9%, 12,2% et 1,2%. Les femmes sont également celles qui vivent le plus fréquemment seules en appartement; il s'agit pratiquement du tiers de celles qui consultent (31,1%), alors que la proportion est de 13,4% chez les hommes. Ces derniers se distinguent par le fait qu'ils vivent soit sur la rue (15,9%), soit seuls en chambre (14,6%); par ailleurs, ils partagent plus

Tableau 4

Type de Résidence au Moment de la Consultation

Variable	Total (%) N=143	Hommes (%) N=82	Femmes (%) N=61
Famille d'origine	6,3	4,9	8,2
Situation maritale	14,7	12,2	18,0
Enfant	5,6	1,2	11,5
Parenté	3,5	6,1	0
Connaissance	11,9	15,9	6,6
Pension	0,7	0	1,6
Seul en appartement	21,0	13,4	31,1
Seul en chambre	8,4	14,6	0
Appartement supervisé	2,1	1,2	3,3
Famille d'accueil	2,1	1,2	3,3
Foyer de groupe	4,9	4,9	4,9
Centre d'accueil	2,8	4,9	0
Résidence pour personnes âgées	0,7	1,2	0
Centre hospitalier	0,7	0	1,6
Centre de crise	1,4	0	3,3
Centre de détention	2,1	2,4	1,6
Sans domicile fixe	11,2	15,9	4,9

souvent leur résidence avec une connaissance (15,9%). Très peu de femmes rencontrées vivent une situation de sans domicile fixe (SDF) (4,9%); aucune ne réside seule en chambre. En regroupant les catégories de résidence dans des ensembles plus généraux, soit le fait de vivre avec un proche (famille d'origine, situation maritale, enfant, parenté), avec une connaissance (connaissance), le fait de vivre seul (seul en appartement, seul en chambre), dans un milieu protégé (appartement supervisé, famille d'accueil, foyer de groupe, centre d'accueil, résidence pour personnes âgées, centre hospitalier, centre de crise, centre de détention) ou, encore, à la rue (sans domicile fixe), il est possible d'observer une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes ($\chi^2(4, N=143) = 9.29$ $p \leq .05$).

Le tableau 5 permet de constater que très peu de demandeurs affirment n'avoir aucune personne ressource (8,4%). Par ordre décroissant, les personnes ressources les plus souvent identifiées sont : un ami (55,9%), un intervenant social (44,8%), un frère ou une sœur (39,9%), la mère (33,6%), un parent (22,4%). Il existe une différence très nette entre les hommes et les femmes. Ces dernières identifient pratiquement toujours une personne ressource; seulement 1,6% d'entre elles n'en mentionnent aucune, comparativement à 13,4% chez les hommes, une différence statistiquement significative ($\chi^2(1, N=143) = 7.58$, $p \leq .01$). Les différences sont statistiquement significatives en ce qui a trait au père, à la mère, à un frère ou à une sœur, à un ami ou à une amie, le pourcentage étant toujours à l'avantage des femmes. La seule catégorie où il est possible de souligner une tendance en faveur des hommes est celle définie par un parrain civique; il s'agit de faibles pourcentages,

Tableau 5
Personnes Ressources offrant un Soutien Social¹

Variable	Total (%) N=143	Hommes (%) N=82	Femmes (%) N=61	Test de signification
Conjoint	14,8	9,9	21,3	3,58
Enfant	7,0	3,7	11,5	3,28
Père	19,6	13,4	27,9	4,60*
Mère	33,6	26,8	42,6	3,90*
Frère/sœur	39,9	32,9	49,2	3,85*
Parent	22,4	22,0	23,0	0,02
Ami (e)	55,9	47,6	67,2	5,55*
Religieux	16,1	12,2	21,3	2,13
Responsable famille d'accueil	4,9	4,9	4,9	-
Parrain civique	11,2	14,6	6,6	2,42
Intervenant social	44,8	47,6	41,0	0,61
Autre	5,6	3,7	8,3	-
Aucune	8,4	13,4	1,6	7,58**

Note : *p ≤ .05 **p ≤ .01

1. Catégories non mutuellement exclusives

soit 14,6% chez les hommes et 6,6% chez les femmes, la tendance n'étant pas statistiquement significative. Le tableau d'ensemble permet de conclure au fait que les

femmes bénéficient d'un meilleur soutien social, dans l'ensemble, en comparaison des hommes.

Finalement, retenons que les contacts avec l'une ou l'autre personne ressource sont pour la plupart des contacts quotidiens (65,9%). Les contacts sont très majoritairement constitués d'échanges verbaux (84,5%); ces échanges verbaux sont faits en présence de la personne de soutien. Il importe toutefois de préciser qu'il s'agit ici d'un contact avec au moins une personne de soutien, ce qui n'indique pas qu'il s'agisse toujours de la même personne. En somme, les résultats indiquent que le sujet parle quotidiennement avec une personne sur laquelle il affirme pouvoir compter lorsqu'il a besoin d'aide. En ce qui a trait à la fréquence et à la nature des contacts, il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les hommes et les femmes.

Au moment de se présenter à l'urgence générale, près de 60% des sujets ne bénéficiaient d'aucun suivi (tableau 6). Le suivi est défini ici en termes assez larges, celui-ci pouvant inclure le suivi pour désintoxication, le suivi par un agent de probation ou de libération conditionnelle. Toutefois, il est intéressant de noter que près du quart des personnes (23,9%) bénéficiaient d'un suivi psychiatrique; dans la très grande majorité des cas, il s'agit là d'un suivi effectué par un service de l'hôpital, généralement la clinique externe de psychiatrie. Les suivis reliés à des centres pour toxicomanes se retrouvent dans la catégorie autre; ils représentent cinq cas sur les 14 cas rencontrés dans cette catégorie

Tableau 6
Suivi Psychologique au Moment de la Consultation

Variable	Total (%) N=142	Hommes (%) N=82	Femmes (%) N=60
Aucun suivi	59,9	67,1	50,0
Équipe psychiatrique	23,9	23,2	25,0
Bureau privé	0,7	1,2	0
C.L.S.C.	4,2	1,2	8,4
Agent de probation	2,1	2,4	1,7
Autre	9,2	4,9	15,0

Note : $\chi^2(1, N=142) = 4.20, p \leq .05$. (Suivi/aucun suivi)

(35,7%). Les hommes sont moins souvent en suivi comparativement aux femmes, les pourcentages respectifs en ce qui a trait à l'absence de suivi étant de 67,1% et de 50,0%.

Sur la base de l'absence ou de la présence d'un suivi, il s'agit là d'une différence statistiquement significative ($\chi^2(1, N=142) = 4.20, p \leq .05$).

Au-delà du suivi actuel, le tableau 7 permet de constater que la majeure partie des sujets ont déjà bénéficié d'une prise en charge qui relève spécifiquement de la psychiatrie.

Ainsi, 57,3% ont déjà été hospitalisés en psychiatrie, 62,9% se sont déjà vu prescrire une médication pour contrôler leurs symptômes liés à un trouble mental; finalement, 56,6% ont déjà bénéficié d'un suivi psychiatrique en externe. En somme, les clients rencontrés n'en

Tableau 7
Intervention Psychologique Antérieure (Présence/Absence)

Variable	Total (%) N=143	Hommes (%) N=82	Femmes N=61	Test de signification
Médication	62,9	59,8	67,2	0,84
Suivi externe	56,6	54,9	59,0	0,24
Hospitalisation	57,3	57,3	57,4	0,00

Note : * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$.

sont généralement pas à leur première demande de service. À ce chapitre, il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les hommes et les femmes, que ce soit aux plans de l'hospitalisation, du suivi ou de la médication.

À l'aide d'une analyse factorielle effectuée auparavant à partir des 10 symptômes retenus au BPRS, il a été possible d'établir la prévalence de deux facteurs qualifiés, pour l'un, de dépression spécifiquement, pour l'autre, de psychose à laquelle s'associent des symptômes dépressifs. Les symptômes peuvent être considérés soit sous l'angle de la présence ou de l'absence dudit symptôme (score de 2 ou plus), soit sous l'angle de l'intensité pathologique (score de 4 ou plus). Le tableau 8 aborde la symptomatologie sur la base d'une intensité pathologique. Les indices « dépression seulement » et « psychose et dépression » regroupent respectivement 44,8% et 42,7% des sujets, ce qui marque le caractère dépressif de la symptomatologie observée, et le fait que peu de sujets ne

Tableau 8

Prévalence des Facteurs Dépressifs et Psychotiques
définis par l'analyse factorielle : Intensité Pathologique

Facteur	Échantillon total (%) N=143	Hommes (%) N=82	Femmes (%) N=61
Absence de symptôme	8,4	11,0	4,9
Psychose seulement	4,2	4,9	3,3
Dépression seulement	44,8	35,4	57,4
Psychose et dépression	42,7	48,8	34,4
Note : $\chi^2(1, N=125) = 5.23, p \leq .05$ (dépression seulement/psychose et dépression)			

manifestent aucun symptôme d'intensité pathologique (8,4%). La différence observée entre les hommes et les femmes est ici significative; ce test de signification est calculé sur la base des deux dernières catégories seulement, les catégories « absence de symptôme » et « psychose seulement » ne regroupant pas suffisamment de sujets. Il en ressort que les femmes vivent davantage la dépression, sans que celle-ci soit associée à des aspects psychotiques (57,4%), cet état n'étant observé que chez 35,4% des hommes ($\chi^2(1, N=125) = 5.23, p \leq .05$).

La prévalence des troubles toxicomaniaques est présentée au tableau 9 selon deux périodes distinctes, c'est-à-dire selon que le sujet présentait le problème au cours de la dernière année ou à un moment ou un autre au cours de sa vie. Sur la base de ces

Tableau 9
Prévalence des Troubles Toxicomaniaques
(N=138)

Diagnostic	Période	
	Vie (%)	1 an (%)
Alcool		
Absence	39,9	
Abus	0,7	
Dépendance légère	4,3	
Dépendance modérée	23,2	
Dépendance sévère	31,9	
Abus ou dépendance	60,1	47,7
Drogue		
Absence	41,2	
Abus	3,0	
Dépendance légère	3,0	
Dépendance modérée	17,8	
Dépendance sévère	34,8	
Abus ou dépendance	58,5	45,9
Alcool ou drogue		
Abus ou dépendance	74,1	64,5

découpages chronologiques, la prévalence de l'abus ou de la dépendance à l'alcool se situe respectivement à 47,7% et 60,1%. Dans le cas de la drogue, et toujours selon le même découpage temporel, les taux s'élèvent alors respectivement à 45,9% et 58,5%. Dans les faits, il semble y avoir très peu d'abus; les pourcentages les plus élevés s'observent au niveau de la dépendance sévère ou modérée. Cette observation est valide à la fois pour l'alcool et pour la drogue.

Eu égard aux variables contrôlées au plan des hypothèses, il est important de préciser ici que tout au long de la durée de la cueillette des données, c'est-à-dire cinq mois, les 143 sujets de l'étude ont totalisé 287 visites à l'urgence; un sujet allant même jusqu'à se présenter 23 fois durant cette période. Les températures minimale et maximale observées durant cette période sont respectivement -15°Celsius et 26°Celsius. De plus, des précipitations de pluie ou de neige ont été notées pour 56 des événements de l'étude.

2.2 Les hypothèses

2.2.1 Hypothèse 1

La première hypothèse s'énonçait comme suit: Il y aurait un lien entre le fait, pour un sujet, d'avoir un réseau de soutien social plus restreint et le fait de visiter l'urgence à de multiples reprises. Le résultat obtenu à l'aide du rho de Spearman: $r_s(143) = -.19, p \leq .03$.

permet de rejeter l'hypothèse nulle et de conserver l'hypothèse statistique.

2.2.2 Hypothèse 2

La deuxième hypothèse suggérait que les sujets qui bénéficient de contacts plus personnels (auprès de personnes qui sont plus intimes, comme un parent, un conjoint, un enfant, un ami) visiteraient l'urgence moins souvent que ceux bénéficiant uniquement de contacts moins personnels (intervenants sociaux, religieux, responsable de famille d'accueil, parrain civique), et que ceux n'ayant aucune personne ressource. Le résultat obtenu avec le test de Kruskal-Wallis ($K-S(143) = 2.07, n.s.$) ne permet pas de rejeter l'hypothèse nulle.

2.2.3 Hypothèse 3

La troisième hypothèse soutenait que les sujets qui ont des contacts plus fréquents avec les membres du réseau de soutien social visiteront l'urgence moins souvent que ceux qui ont des contacts moins fréquents. Le résultat au test de Mann-Whitney ($M-W(139) = -1.50, n.s.$) ne permet pas de rejeter l'hypothèse nulle.

2.2.4 Hypothèse 4

La quatrième hypothèse présumait que les sujets qui ont des contacts plus interactifs

et dynamiques (échanges verbaux lors d'activités réalisées en commun) visiteront l'urgence moins souvent que les sujets dont les contacts se font principalement par téléphone ou sans échanges verbaux réels (présence physique seulement). Une fois de plus, les résultats de cette analyse ne permettent pas de maintenir l'hypothèse statistique car l'hypothèse nulle ne peut être rejetée ($K-S(137) = 2.09, n.s.$).

2.2.5 Hypothèse 5

La cinquième hypothèse s'énonçait comme suit: Le nombre de visites à l'urgence sera plus élevé lors de conditions moins favorables, soit quand il y a présence de la pluie ou de neige. Les résultats au r de Pearson: $r(276) = .12, p \leq .06$ démontrent que l'hypothèse nulle ne peut être rejetée, bien qu'il y ait une certaine tendance.

2.2.6 Hypothèse 6

La sixième hypothèse présumait que le nombre de visites à l'urgence sera plus élevé les jours où la température est plus froide. Encore ici, les résultats du r de Pearson ($r(287) = .06, n.s.$) ne permettent pas de rejeter l'hypothèse nulle.

2.2.7 Hypothèse 7

La septième hypothèse suggérait que les sujets sans domicile fixe auront un nombre moins important de personnes dans leur réseau de soutien social que les sujets "domiciliés".

Le résultat au test de Mann-Whitney ($M-W(143) = -2.15, p \leq .03$) permet de rejeter l'hypothèse nulle et de conserver l'hypothèse statistique.

2.2.8 Hypothèse 8

La dernière hypothèse soutenait que les sujets sans domicile fixe visiteront l'urgence plus souvent que les sujets "domiciliés". Encore une fois, le résultat obtenu au test de Mann-Whitney ($M-W(143) = -2.56, N = 143, p \leq .01$) permet de rejeter l'hypothèse nulle et de maintenir l'hypothèse statistique.

2.3 Analyses supplémentaires

Des analyses supplémentaires ont été effectuées pour approfondir certaines hypothèses.

Ainsi, les résultats obtenus avec le r de Pearson: $r(287) = -.12, p \leq .05$ ont permis de démontrer qu'il y a significativement moins de visites à l'urgence les jours où il fait

chaud. De plus, le coefficient obtenu au test de corrélation de Pearson: $r(269) = -.17$, $p \leq .01$ démontre bien que l'achalandage de l'urgence diminue de façon significative lorsque la température augmente.

Au BPRS, les fréquences des indices pathologiques ont été comparées entre les sujets sans domicile fixe, et les sujets qui révélaient avoir un endroit où demeurer. Chez les sujets itinérants, des indices de dépression seulement sont présents chez 37,5% d'entre eux, 56,3% présentent des indices pathologiques de double diagnostic (psychose et dépression), et 6,3% n'ont aucun symptôme d'intensité pathologique. Chez les sujets « domiciliés », 4,7% présentent des indices de psychose seulement, 45,7% de sujets ont des indices de dépression, 40,9% présentent des indices de double diagnostic (psychose et dépression), et enfin, 8,7% n'ont aucun symptôme d'intensité pathologique. Toutefois, la différence observée entre les sujets itinérants et les autres n'est pas significative au plan statistique ($\chi^2(3, N=143) = 1.85$, n.s.).

Au niveau de la présence d'un diagnostic d'abus d'alcool au cours de la vie, la prévalence est de 69,2% chez les sujets sans domicile fixe, tandis qu'elle est de 59,2% chez les sujets « domiciliés ». La différence n'est toutefois pas significative au plan statistique ($\chi^2(1, N=138) = .49$, n.s.). Pour la présence d'un diagnostic d'abus de drogue au cours de la vie, les pourcentages sont sensiblement les mêmes: 57,4% des sujets « domiciliés » et 69,2% des sujets sans domicile fixe présentent un diagnostic d'abus au cours de la vie.

Finalement, 7,7% des sujets sans domicile fixe présentent un problème de dépendance ou d'abus à l'alcool seulement, 7,7% ont un problème de dépendance ou d'abus à la drogue seulement, et 61,5% ont un problème de dépendance et d'abus aux deux substances (alcool et drogue). Pour les sujets « domiciliés », les taux sont respectivement de 17,4%, 15,7% et 42,1%. Toutefois, aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les deux groupes ($\chi^2(3, N=134) = 2.19, n.s.$).

Comme il a été mentionné précédemment, il a été nécessaire de faire des tests de comparaison avec toutes les variables susceptibles d'intervenir et d'agir sur le nombre de visites à l'urgence. Ces comparaisons ont été effectuées entre le groupe de sujets n'ayant visité l'urgence qu'une seule fois, et le groupe de sujets ayant visité l'urgence deux fois ou plus, entre les mois de février et juin 1991. Une différence statistiquement significative est observée entre les deux groupes au niveau de l'étendue du réseau de soutien social: M-W (143) = -1.93, $p \leq .05$. Toutefois, aucune différence statistiquement significative n'a été remarquée, et ce, au plan de toutes les autres variables analysées. Ces résultats prévalent en ce qui a trait au type de lien (ou type d'intimité) avec les membres du réseau de soutien social (M-W (143) = -1.36, n.s.), à la fréquence des contacts ($\chi^2(1, N=139) = 1.44, n.s.$), à la nature des contacts ($\chi^2(2, N=137) = 2.52, n.s.$), aux conditions météorologiques ($\chi^2(1, N=276) = 1.59, n.s.$), à la température ($\chi^2(1, N=287) = 3.00, n.s.$), ainsi qu'au niveau de l'itinérance (statut d'itinérant ou de domicilié) ($\chi^2(1, N=143) = 2.63, n.s.$).

2.3.1 Les indices qui permettent de prédire le nombre de visites à l'urgence

Il est possible que les variables qui ont été mises en relation avec le nombre de visites à l'urgence jusqu'à maintenant n'aient pas un poids identique permettant de prédire ce phénomène. Afin de déterminer l'importance relative de chacune, une analyse en trois étapes doit être effectuée. L'objectif est de prédire ce qui amène un sujet à visiter l'urgence plus d'une fois à l'aide d'un nombre minimum de variables. Les trois étapes portent sur les intercorrélations, l'analyses hiérarchique logarithmique et la régression logistique.

2.3.1.1 Intercorrélations

L'analyse ultime sera la régression logistique mais, au préalable, il importe, d'une part, de limiter le nombre de variables à entrer dans l'analyse et, d'autre part, de contrôler la colinéarité potentielle entre les variables. Le tableau 10 présente les variables pouvant avoir un effet sur le nombre de visites à l'urgence effectuées par un sujet. Il est possible de remarquer que la médiane est la même pour les deux groupes de sujets, et ce, pour les deux variables analysées à l'aide du Mann-Whitney. L'explication tient compte du fait qu'une division naturelle des sous-groupes était impossible; la distribution inadéquate des données permettait peu d'alternatives, trop de sujets se seraient retrouvés dans la même catégorie.

Il demeure toutefois que les rangs peuvent être différents pour une partie du sous-groupe tout en ayant une médiane identique.

Tableau 10
Variables Pouvant Avoir un Effet sur le Nombre
De Visites à l'Urgence

Variable	Une visite à l'urgence ¹	Deux visites Ou plus ¹	Test de signification	
			Type	p
Réseau social peu étendu (N=143)	1	1	Mann-Whitney	.05
Aucun intime dans le réseau (N=143)	1	1	Mann-Whitney	.17
Contacts peu fréquents (N=139)	16,0	24,4	Khi-carré	.23
Aucun contact ou contacts moins dynamiques (N=137)	16,8	28,5	Khi-carré	.28
Pluie ou neige (N=276)	24,7	18,2	Khi-carré	.21
Température				
< 0° C (froide)	17,5	10,5	Khi-carré	.22
0-15° C (tempérée)	66,0	73,7		
> 15° C (chaude)	16,5	15,8		
(N=287)				
Itinérants (N=143)	8,2	17,4	Khi-carré	.11

1. Les résultats sont exprimés en pourcentage pour les tests de khi-carré, et représentent des médianes pour les tests de Mann-Whitney.

Dans un premier temps, toutes les variable ayant servi à vérifier les hypothèses, avec un seuil statistique de signification égal ou inférieur à .25, sont retenues. Le niveau de

signification maximum accepté est basé sur la recommandation de Hosmer et Lemeshow (1989, p.86).

Dans un deuxième temps, il est nécessaire de s'assurer que les variables retenues ne sont pas redondantes, c'est-à-dire qu'elles ne mesurent pas deux fois la même chose; ce faisant, un problème de colinéarité pourrait se poser au niveau de la régression logistique si telle ou telle variable était trop associée à une autre et, éventuellement, au nombre de visites à l'urgence. Le tableau 11 présente la matrice d'intercorrélations entre les variables retenues. Il est normal qu'un bon nombre de variables soient associées au nombre de visites à l'urgence, en raison de la procédure même de sélection des variables, le coefficient de contingence étant basé sur la procédure du khi-carré. Cependant, aucun coefficient n'atteint un seuil qui traduirait une forme de colinéarité, le coefficient le plus élevé étant .30 dans le cas de la variable itinérance. Notons que le coefficient de contingence a été utilisé en raison, d'une part, de certaines variables qui contenaient 3 catégories et, d'autre part, des dichotomies artificielles retrouvées au niveau des autres variables. Le phi aurait pu être utilisé uniquement si les dichotomies avaient été « réelles ».

Deux variables sont néanmoins assez liées. Ainsi, le fait d'avoir un réseau de soutien social peu étendu et d'avoir des contacts moins fréquents (.41) sont des variables assez reliées. Bien qu'elles soient significatives, elles ne sont pas redondantes. Par contre,

Tableau 11

Matrice d'Intercorrélations

	1	2	3	4	5	6	7
1. Étendue du réseau		.68	.41	.09	.10	.14	.11
2. Type d'intimité			.36	.07	.16	.17	.08
3. Fréquence des contacts				.04	.04	.28	.26
4. Conditions atmosphériques					.17	.05	.08
5. Température						.10	.10
6. Itinérance							.30
7. Nombre de visites							

un réseau de soutien social peu étendu et le fait de n'avoir aucun intime dans le réseau sont des variables très fortement reliées; leur coefficient atteint un seuil (.68) qui laisse supposer une certaine forme de colinéarité. Compte tenu que la variable type d'intimité, qui relève la présence ou l'absence de proches dans le réseau de personnes ressources (parent, ami), recoupe la variable qui mesure l'étendue du réseau, seule cette dernière sera retenue dans les analyses subséquentes. Cette décision fait sens en elle-même, car un sujet qui compte des proches dans son réseau a plus de chance d'avoir un réseau de personnes ressources beaucoup plus étendu que celui qui ne compte que des intervenants sociaux.

2.3.1.2 Analyse hiérarchique logarithmique

L'analyse hiérarchique logarithmique permet d'identifier les effets interactifs entre diverses variables, tout en limitant le nombre de variables à entrer dans l'équation de régression logistique. Elle permet ainsi de construire un modèle qui prédit le mieux le nombre de cas dans les cellules d'une table de contingence multidimensionnelle. Étant donné que le nombre de cas dans la base de données correspond aux événements, c'est-à-dire aux visites à l'urgence, et qu'il est suffisamment important (287 événements sont comptabilisés), les analyses ont pu porter sur cinq variables prises simultanément. Toutes les combinaisons possibles de cinq variables, à partir de celles qui ont été retenues et présentées au tableau 11, ont été analysées. Seule la variable nombre de visites n'a pas été entrée dans l'analyse, car elle servira de variable dépendante lors de la régression logistique. Ainsi, trois modèles portant sur une interaction triple ont été obtenus (tableau 12). La saturation du modèle est maximale. Étant donné que l'objectif ultime sera de prédire des visites répétées à l'urgence, les résultats seront présentés sous l'angle qui devrait correspondre à la dite prédiction. Le modèle 1 permet de constater qu'il y a un lien entre des températures moins chaudes (moins de 16° C), des contacts moins fréquents avec les membres du réseau de soutien social, et le fait d'être itinérant. Le modèle 2 traduit une relation entre des conditions atmosphériques de pluie ou de neige, des températures moins chaudes, ainsi que des contacts moins fréquents avec les membres du réseau de soutien social. Finalement, le modèle 3 indique un recoupement entre les températures moins

Tableau 12

Analyses Hiérarchiques Logarithmiques indiquant
des Interactions de Troisième Niveau

Modèle 1				
Variables	dl	Changement khi-carré	p	Saturation
Température - fréquence - itinérance	2	10.19	.006	1.00
Modèle 2				
Variables	dl	Changement khi-carré	p	Saturation
Conditions - température - fréquence	2	7.02	.030	1.00
Modèle 3				
Variables	dl	Changement khi-carré	p	Saturation
Conditions - température - étendue	4	12.94	.012	1.00

chaudes, les conditions de pluie ou de neige, variables auxquelles s'associe maintenant un réseau de soutien social peu étendu.

À ces interactions de troisième niveau, s'ajoutent deux modèles qui concernent des interactions doubles (tableau 13). Ainsi, le modèle 1 rend compte d'une interaction entre des contacts moins fréquents avec les membres du réseau de soutien social et un réseau de soutien social peu étendu. Le modèle 2 permet de lier le fait d'être itinérant avec le fait d'avoir un réseau de soutien social peu étendu.

Tableau 13

Analyses Hiérarchiques Logarithmiques indiquant
des Interactions de Deuxième Niveau

Modèle 1				
Variables	dl	Changement khi-carré	p	Saturation
Fréquence - étendue	2	83.99	.0001	1.00
Modèle 2				
Variables	dl	Changement khi-carré	p	Saturation
Itinérance - étendue	2	26.74	.0001	1.00

2.3.1.3 Régressions logistiques

La régression logistique permet d'estimer la probabilité qu'un fait défini par une variable dépendante binaire, en occurrence un nombre plus élevé de visites à l'urgence, se produise, compte tenu d'un certain nombre de variables indépendantes, lesquelles sont ici binaires également. Il s'agit d'établir le maximum de probabilités que l'incident prédit se produise en recourant au minimum de variables. L'analyse permet d'établir l'apport direct d'une variable, c'est-à-dire son effet statistique lorsque toutes les autres variables de l'équation sont tenues constantes ou contrôlées. Les variables étant binaires, l'analyse recourt à un algorithme basé sur la transformation des données observées en logarithme naturel. Le coefficient estimé (B), ramené vers une base linéaire (e^B), fournit un indice de

l'apport direct de la variable, c'est-à-dire de combien de fois le rapport de cote (indice défini par le rapport entre la probabilité d'un événement sur la probabilité que cet événement ne survienne pas) est augmenté lorsque la variable considérée, par exemple le fait d'être itinérant, est présente. Il est à noter que chacune des variables considérées a été codifiée sur la base de 0 et 1, le score 1 étant attribué aux catégories qui caractérisent les sujets qui effectuent plus d'une visite à l'urgence. Seules les variables portant sur l'étendue, la fréquence et l'itinérance ont été incluses dans l'analyse. Deux raisons ont motivé ce choix. Premièrement, à partir des résultats précédents, il est possible d'affirmer que ce sont probablement ces variables qui ont le plus d'influence sur le nombre de visites à l'urgence. Deuxièmement, la variable température ne peut être retenue pour la présente analyse étant donné qu'elle ne rencontre pas une des exigences de base de la régression logistique, à savoir que la variable indépendante doit se distribuer soit sur une forme linéaire soit dichotomisée (dummy) ou ordinale. Le problème repose ici sur le fait que la variable est bimodale. La réduction du nombre de visites s'observe lorsqu'il fait froid d'une part, et lorsqu'il fait chaud d'autre part. La fréquence augmente lorsque la température est modérée. Par conséquent, elle ne peut être dichotomisée également. C'est d'ailleurs cette raison qui avait motivé le choix de diviser cette variable en trois catégories lors de l'étape de la réduction des données. Les résultats d'analyse sont présentés au tableau 14. Aucune variable ne fournit d'apport direct statistiquement significatif.

Tableau 14

Régression Logistique: Nombre de Visites en Regard des Variables
Étendue, Itinérance et Fréquence

Variables	Bêta	Erreur-type	Indice de Wald	dl	Sign.	R	e ^B
Étendue	.62	.38	2.68	1	.102	.06	1.86
Itinérance	.80	.57	1.94	1	.164	.0001	2.22
Fréquence	.25	.46	.30	1	.584	.0001	1.29
Constante	-1.19	.28	17.81	1	.0001		

À partir des interactions observées dans l'analyse hiérarchique logarithmique et notées au tableau 13, il est possible de créer de nouvelles variables qui tiennent compte de la réalité vécue par les demandeurs d'aide, tout en limitant le nombre de variables à entrer dans l'équation de régression logistique. La variable itinéten représente donc le fait d'être itinérant et d'avoir un réseau de soutien social peu étendu. Quant à la variable fréqéten, elle traduit le fait d'être itinérant et d'avoir des contacts peu fréquents avec les membres du réseau de soutien social. Ces analyses sont décrites au tableau 15.

Tableau 15

Régression Logistique: Nombre de Visites en Regard des Variables
qui Tiennent Compte d'Effets Interactifs

Variables	Bêta	Erreur-type	Indice de Wald	dl	Sign.	R	e ^B
Itinéten	.34	.67	.26	1	.610	.0001	1.41
Fréqéten	.82	.51	2.59	1	.108	.057	2.26
Constante	-.90	.20	19.93	1	.0001		

En raison des résultats non significatifs, c'est-à-dire parce qu'aucune variable n'a un apport direct dans le modèle étudié, le rapport de cote, ni la probabilité de l'événement, ne peuvent être calculés.

Par contre, une analyse hiérarchique logarithmique peut être réalisée à nouveau, en ajoutant la variable qui concerne le nombre de visites à l'urgence aux cinq variables utilisées précédemment. Ainsi, il sera possible de voir si ces variables, à défaut d'avoir un apport direct, sont liées au nombre de visites à l'urgence. Les résultats de ces analyses sont présentés aux tableaux 16 et 17.

Avec l'ajout de la variable du nombre de visites à l'urgence, quatre modèles portant sur une interaction triple ont été obtenus (tableau 16), pour une saturation maximale du modèle. Encore ici, les résultats sont présentés sous l'angle des visites répétées à l'urgence. Étant donné que les trois premiers modèles correspondent à ceux obtenus lors de l'analyse

Tableau 16

Analyses Hiérarchiques Logarithmiques indiquant
des Interactions de Troisième Niveau

Modèle 1				
Variables	dl	Changement khi-carré	p	Saturation
Température – fréquence – itinérance	2	10.35	.006	1.00
Modèle 2				
Variables	dl	Changement khi-carré	p	Saturation
Conditions – température – fréquence	2	7.12	.028	1.00
Modèle 3				
Variables	dl	Changement khi-carré	p	Saturation
Conditions – température – étendue	4	13.03	.011	1.00
Modèle 4				
Variables	dl	Changement Khi-carré	p	Saturation
Itinérance - étendue – nbre de visites	2	9.38	.009	1.00

hiérarchique logarithmique initiale (voir tableau 12), seul le quatrième modèle sera commenté. Ainsi, le quatrième modèle illustre la présence d'un lien entre le fait d'être itinérant, d'avoir un réseau de soutien social peu étendu et un nombre de visites à l'urgence plus élevé.

Comme pour l'analyse hiérarchique logarithmique initiale, deux modèles qui

concernent des interactions doubles s'ajoutent aux modèles d'interaction de troisième niveau (tableau 17). Le modèle 1 est identique à celui obtenu lors de l'analyse initiale; il ne sera pas commenté. Par contre, le modèle 2 apporte un élément nouveau: un nombre de visites plus élevé est lié au fait d'avoir des contacts peu fréquents avec les membres du réseau de soutien social.

Ces résultats permettent donc de confirmer le fait qu'un nombre de visites à l'urgence plus élevé est associé à des conditions, ou des variables, précises: le fait d'être itinérant, d'avoir un réseau de soutien social peu étendu et d'avoir des contacts peu fréquents avec les membres de ce réseau.

Tableau 17

Analyses Hiérarchiques Logarithmiques indiquant
des Interactions de Deuxième Niveau

Modèle 1				
Variables	Dl	Changement khi-carré	p	Saturation
Fréquence – étendue	2	82.61	.0001	1.00
Modèle 2				
Variables	dl	Changement khi-carré	p	Saturation
Fréquence - nbre de visites	1	7.78	.005	1.00

Discussion

1. Interprétation des résultats

Au départ, ce travail avait pour but de vérifier s'il est possible d'établir un lien entre, d'une part, différents aspects du soutien social de sujets en demande d'aide psychologique et, d'autre part, le nombre de visites enregistrées dans une salle d'urgence générale. De plus, il permettait d'évaluer la possibilité que la température extérieure ainsi que des conditions atmosphériques moins favorables aient aussi un effet sur la fréquence des visites à l'urgence. Les nombreux résultats obtenus dans la section précédente ont permis d'éclairer quelques-uns de ces aspects. En interprétant les hypothèses, il est possible d'observer les différentes variables prises séparément, tandis que l'analyse hiérarchique logarithmique ainsi que la régression logistique permettent d'analyser la situation dans son ensemble.

1.1 Les hypothèses

Selon les différents résultats obtenus lors de la vérification des hypothèses, il y a un lien entre le fait d'avoir un réseau de soutien social plus restreint et le fait de visiter l'urgence à de multiples reprises. De plus, il est possible de remarquer que les sujets sans domicile fixe ont un réseau de soutien social plus restreint que les sujets domiciliés, d'une part, qu'ils effectuent plus de visites à l'urgence, d'autre part. Ce serait donc le sujet sans domicile fixe, présentant un réseau de soutien social déficient, qui aurait le plus recours aux services de l'urgence générale. Ces résultats corroborent ceux de Fischer et al. (1986) et de

Rossi et al. (1987), auteurs qui avaient noté des différences importantes entre le réseau de soutien social des sujets sans domicile fixe, et celui des sujets domiciliés, qui se révélait être beaucoup plus étendu. Ces résultats peuvent aussi permettre de confirmer les impressions de Côté et Hodgins (1996), qui affirmaient que les sujets sans domicile fixe sont susceptibles de recourir aux hôpitaux généraux et aux urgences générales pour recevoir des soins. De plus, il est possible de mettre en parallèle ces observations avec les dires de Tousignant (1992), qui affirmait que les patients en consultation externe présentent un réseau de soutien social nettement déficient. L'hôpital serait donc un endroit présentant une certaine sécurité pour ces individus isolés, aux prises avec des problèmes de santé mentale. D'ailleurs, les auteurs concluent que plusieurs itinérants considèrent l'hôpital comme une ressource pour dormir, manger, rencontrer d'autres gens et comme un service de placement en vue d'autres programmes ou services (Gelberg & Linn, 1988; Kalifon, 1989; Morse et al., 1986; Sacks, Philips et Capelletty, 1987).

La vérification des hypothèses n'a pas permis de démontrer que les caractéristiques relationnelles du soutien social, au sens de Lin et Peek, (1999), jouent un rôle dans la fréquence d'utilisation d'une salle d'urgence. En effet, il n'y a aucune différence à ce niveau en ce qui concerne la fréquence des contacts avec les membres du réseau de soutien social, le type de contacts et le type de lien reliant le sujet à chaque membre de son réseau. Les observations de certains auteurs pouvaient amener à penser que certaines qualités du soutien social, agissant comme facteurs de protection, pouvaient par conséquent influencer la

fréquentation d'une salle d'urgence chez un individu malade. Robins et Regier (1991) ont remarqué que de solides relations conjugales procurent une source de soutien dans les temps de difficulté. De même, Jablensky et al. (1992), dans une étude portant sur la schizophrénie, avaient démontré que les sujets qui avaient plus de contacts avec des amis proches et ceux qui sont mariés présentaient moins de rechute que les autres. Roberts et al. (1982), de même que Pagel et Becker (1987), observent que de hauts niveaux de dépression sont associés à des contacts moins nombreux avec les membres du réseau. Finalement, Moos et al. (1998) indiquent que le fait d'avoir plus d'amis, de même que le fait de réaliser plus d'activités avec des amis sont des facteurs de prédiction de la rémission "stable", dans la dépression. Associés au fait que le nombre limité de personnes ressources est associé à l'utilisation de l'urgence, ces résultats portent à croire que ce serait plus le fait d'avoir quelqu'un dans l'entourage qui serait bénéfique pour l'individu, peu importe le nombre de contacts ou le type d'activités réalisées avec lui. Nul n'est besoin d'avoir des liens très étroits, en autant que le nombre de personnes entourant un individu soit assez élevé. Cette hypothèse vient contredire d'une certaine façon les observations faites par les différents auteurs cités plus haut. Il faut toutefois noter que l'instrument utilisé dans la présente étude pour amasser les données sur le soutien social n'était pas des plus détaillés. Il ne permettait pas de discerner avec finesse les différents types de soutien reçu. De plus, les catégories qui ont dû être créées lors de l'analyse des données l'ont été de façon assez arbitraire. En effet, il était difficile de catégoriser ces données de façon «naturelle»; l'expérimentateur a dû décider selon une certaine logique de la catégorisation des données. Il y a peut-être là une

explication pour ces hypothèses qui n'ont pu être confirmées. De plus, il faut noter que la dimension conflictuelle parfois présente dans les relations familiales ou sociales n'a pas été vérifiée lors de la cueillette des données. Il est possible que certains sujets se retrouvent à l'urgence plus souvent que d'autres, en raison de l'aspect conflictuel qui peut caractériser leurs relations sociales, aspect nuisible pour la santé mentale des sujets, comme le mentionnent plusieurs auteurs (Hammer, 1981; Hooley et al., 1986; Vaughn & Leff, 1976). Ces sujets pourraient être portés à demander au personnel de l'urgence l'aide qu'ils ne peuvent recevoir à la maison.

Au niveau de l'achalandage de l'urgence, il n'a pas été possible d'établir une différence significative entre les jours où il fait plus froid et les jours de température plus clémente. Il en est de même pour les jours où il y a des précipitations. Par achalandage, il est entendu ici le nombre total de sujets de l'échantillon se présentant le même jour à l'urgence, et ce, pour tous les jours couverts par l'étude. Les données de Sobel et al. (1998) indiquent une augmentation de l'achalandage les jours de neige. De plus, ils remarquaient une diminution de l'achalandage lors des jours de température plus froide. Toutefois, il est à noter que l'échantillon utilisé par les auteurs provenait d'une région rurale, et les personnes consultant l'urgence de l'hôpital ne le faisaient pas seulement pour des raisons psychologiques; ce qui le différencie de l'échantillon de la présente étude, beaucoup moins important en nombre.

Toutefois, pour les journées de températures chaudes, les résultats de cette étude corroborent ceux de Sobel et al. (1998): il y a moins de visites à l'urgence les jours où il fait chaud. Ces résultats permettent de confirmer les observations du personnel soignant de divers hôpitaux, qui affirme que les gens fréquentent moins l'urgence générale lors des jours chauds du printemps et de l'été. Pour l'échantillon de la présente étude, où les sujets sans domicile fixe représentent un pourcentage important du nombre de visites à l'urgence, une explication peut-être avancée: lors des jours de chaude température, les sujets sans domicile fixe ont la possibilité de fréquenter les parcs, endroits où il est possible de côtoyer plus de gens, de se sentir moins isolés. Peut-être ressentent-ils moins leur malaise et leur solitude, de sorte qu'il sont moins portés à fréquenter un endroit où ils sont certains d'obtenir un peu d'attention.

Malgré un climat relativement identique entre Montréal et le Vermont (lieu de l'étude de Sobel et al. (1998)), il est difficile d'établir avec certitude un parallèle entre les deux études: celle de Sobel et al. (1998) s'échelonne sur cinq ans, comparativement à cinq mois pour celle-ci. Entre les mois de février et juin, il est plus difficile d'obtenir des températures très élevées, ou très basses, comme aux mois de janvier, juillet et août. Pour établir la catégorie des températures chaudes, Sobel et al. (1998) ont pris les températures plus élevées que 27° C, tandis que dans la présente étude, les températures plus élevées que 15° C étaient considérées comme chaudes. En ce qui concerne les températures froides, une température maximale de -1° C était considérée comme froide pour la présente étude,

comparativement à -19°C pour l'étude de Sobel et al. (1998). Le nombre réduit de sujets, de même que la courte période de temps couverte par l'étude, ne permettaient pas d'établir les points de coupure au même endroit.

1.2 Analyses supplémentaires

La vérification de l'achalandage de l'urgence, d'après la courbe de température générale, a permis de démontrer que l'achalandage de l'urgence diminue de façon significative lorsque la température augmente. Toutefois, il importe ici de remarquer que la température est une variable qui ne peut se considérer sur un continuum; elle s'avère plus complexe. Cette variable s'avère bimodale. Par exemple, l'achalandage diminue lors des journées chaudes, de façon plus générale il diminue lorsque la température augmente, mais il n'augmente pas lorsque la température est plus froide. Selon les trois catégories d'intensité considérées, le nombre de visites à l'urgence prend un profil différent. Il n'y a aucune différence significative lorsque l'on coupe la température à 0°C , mais il y en a une lorsque l'on coupe à 16°C . La température est une donnée qui doit être considérée en retenant cet aspect bimodal.

En regard de la symptomatologie pathologique, aucune différence significative n'a été observée entre les sujets sans domicile fixe et les sujets domiciliés, ni au niveau de ceux qui présentent des symptômes psychotiques ou des symptômes thymiques, ni au niveau de

ceux qui présentent des symptômes liés à ces deux entités cliniques simultanément. Évidemment, les pourcentages diffèrent entre les deux groupes, mais il est impossible de conclure à quelque chose de significatif, les marges d'erreurs étant trop élevées en raison de la faible puissance statistique. Pourtant, chez les différents auteurs dont les écrits ont été recensés, la prévalence des troubles mentaux, donc des symptômes, est plus élevée pour les échantillons de sujets sans domicile fixe que pour les échantillons de la population générale (Fischer et al., 1996; Fournier, 1991; Koegel et al., 1988; Regier et al., 1993; Robins et al., 1991). Cette observation est valable au niveau de chacun des troubles étudiés par ces auteurs: la schizophrénie (Fischer et al., 1996; Fournier, 1991; Keith et al., 1991; Koegel et al., 1988; Regier et al., 1998; Robins et al., 1991; Strauss & Carpenter, 1981), les troubles de l'humeur (Eaton et al., 1997; Fischer et al., 1996; Fournier, 1991; Goering et al., 1996; Kessler et al., 1994; Koegel et al., 1988; Newman & Bland, 1998; Offord et al., 1996; Regier et al., 1993; Robins et al., 1991; Weissman et al., 1991) ainsi que la dépendance ou l'abus aux drogues ou à l'alcool (Anthony & Helzer, 1991; Fournier, 1991; Goering et al., 1996; Helzer et al., 1991; Kessler et al., 1994; Koegel et Burnam, 1988; Regier et al., 1993; Robins et al., 1991). La principale raison qui puisse expliquer cette absence de différence entre les deux groupes est le fait que l'échantillon ne compte pas assez de sujets. En effet, l'échantillon de cette étude compte 16 sujets itinérants, comparativement à 127 sujets domiciliés, ce qui n'est pas assez puissant au plan statistique.

Il est pertinent de rappeler ici que l'analyse hiérarchique logarithmique permet

d'identifier les effets interactifs entre les variables retenues, donc, d'observer si certaines variables sont liées entre elles dans la représentation du problème étudié. Les résultats ont permis de constater plusieurs effets interactifs de troisième ou de deuxième niveaux. Il est donc possible d'observer qu'il y a un lien entre le fait d'être itinérant, d'avoir des contacts moins fréquents avec les membres du réseau de soutien social et la présence de températures moins chaudes. Aussi, le fait d'être itinérant et d'avoir des contacts peu fréquents avec les membres du réseau de soutien social est lié au fait de visiter l'urgence à de multiples reprises au cours de la période étudiée. Ces résultats permettent de soutenir l'observation selon laquelle les sujets sans domicile fixe, ne pouvant fréquenter les parcs en raison de températures moins chaudes, réduisant ainsi le nombre de contacts avec les gens, se dirigent vers l'urgence pour obtenir les contacts sociaux dont ils ont besoin. Dans la même logique, des conditions atmosphériques de pluie ou de neige s'ajoutent aux températures moins chaudes pour s'associer à des contacts moins fréquents avec les membres du réseau de soutien social. Il est évidemment possible d'avancer que les précipitations empêchent les sujets de se rendre dans un endroit public extérieur pour fréquenter d'autres gens. Ainsi, le fait d'avoir un réseau de soutien social peu étendu, qu'il y ait des températures chaudes ainsi que des conditions de pluie ou de neige, aura le même effet. Encore ici, les résultats permettent de conclure à un besoin de contacts avec des pairs pour les sujets isolés, peu importe la nature de ceux-ci; la température ajoute une information supplémentaire au modèle. Les effets interactifs de deuxième niveau apportent peu d'informations nouvelles, outre le fait qu'un nombre de visites à l'urgence plus élevé est associé au fait d'avoir des

contacts peu fréquents avec les membres du réseau de soutien social. Il est normal de constater un effet interactif entre des contacts moins fréquents avec les membres du réseau de soutien social et un réseau de soutien social peu étendu. De plus, il est peu surprenant d'observer un lien entre le fait d'être itinérant et le fait d'avoir un réseau de soutien social peu étendu, considérant les résultats obtenus précédemment. À la vue de tous ces résultats, il est nécessaire de souligner l'importance que prennent les variables reliées au soutien social dans cette analyse. En effet, le fait d'avoir un réseau de soutien social peu étendu, ou encore le fait d'avoir des contacts peu fréquents avec les membres de ce réseau, se retrouvent dans toutes les combinaisons d'interaction. C'est dire qu'elles ont un rôle à jouer, qu'elles ont un apport dans le schéma du problème étudié. L'importance des variables caractérisant le soutien social permet d'affirmer que celui-ci a un rôle à jouer dans la fréquentation répétée de la salle d'urgence d'un hôpital général.

Étant donné le caractère inusité de la variable température dans ce type d'étude, il est difficile de mettre en relation ces résultats avec ceux de recherches antérieures; cette variable n'est pas couramment utilisée lors des analyses. Elle sert ici à tracer le portrait de la situation en ajoutant une composante qui confirme le caractère utilitaire de l'urgence pour les sujets isolés, eu égard à la possibilité de fuir une certaine solitude. Toutefois, l'étude de Sobel et al. (1998) peut être mentionnée, au risque de se répéter; ils ont observé une augmentation de l'achalandage lors des jours de neige, tout comme une diminution de l'achalandage lors des journées chaudes, ce qui peut correspondre à la situation présente.

Plusieurs effets interactifs ont pu être observés lors de l'analyse hiérarchique logarithmique. Toutefois, les résultats obtenus à la suite de la régression logistique ont permis de constater qu'aucune des variables intervenantes n'a un apport direct significatif sur le modèle. Il est donc impossible de calculer la probabilité qu'un événement se produise, en l'occurrence un nombre plus élevé de visites à l'urgence, compte tenu d'un certain nombre de variables tenues constantes ou contrôlées. Il semble donc que les variables qui ont une influence sur le nombre de visites à l'urgence interviennent de façon interactive et qu'aucune n'ait une influence particulière lorsque considérée séparément; cette dernière observation prévaut également lorsque les variables sont combinées pour en former de nouvelles.

Ces résultats permettent donc de conclure que le sujet itinérant, qui a un réseau de soutien social peu étendu et qui a un nombre de contacts restreint avec les membres du réseau a plus de chance de se rendre à l'urgence de façon répétée au cours d'une période donnée. Cependant, la fréquentation diminue lorsque la température extérieure devient plus élevée.

2. Forces et faiblesses de l'étude

Les forces de cette étude se doivent d'être mises en relief ici. Tout d'abord, il est important de noter que les informations amassées sur le soutien social concernent le soutien

réellement reçu. Ces informations portent en effet sur le nombre de personnes présentes dans le réseau de soutien social de chaque sujet, sur la fréquence des contacts que chacun de ces sujets entretient avec les membres de ce même réseau, sur la nature de ces contacts. Sur cet aspect, cette recherche tient compte des préoccupations de Tousignant (1992). Ce dernier considère qu'il est plus approprié, lors de la mesure du soutien social, de vérifier ces aspects factuels plutôt que d'utiliser le soutien social perçu.

Ensuite, la présente étude revêt un caractère original par la nature des variables analysées. En effet, la fréquence d'utilisation d'une salle d'urgence a été très peu souvent étudiée, particulièrement lorsque mise en relation avec le soutien social. De plus, bien que la température ne représente qu'une variable contrôle, elle a été rarement utilisée dans des recherches précédentes portant sur la fréquentation des salles d'urgence; la difficulté de trouver des références à ce sujet en est d'ailleurs une conséquence. Cette variable contrôle représente un aspect pertinent qui ajoute à l'explication du modèle. Les analyses statistiques utilisées représentent aussi un aspect original de la présente étude; l'analyse hiérarchique logarithmique permet d'obtenir des informations beaucoup plus précises sur le modèle étudié eu égard aux interactions. Elle permet de mettre en relation toutes les variables pour avoir un portrait beaucoup plus précis du problème, bien que cet apport n'a pas pu être véritablement repris au moment de l'analyse de régression logistique.

Il semble nécessaire de souligner que l'échantillon de cette étude comporte un nombre acceptable de sujets (N=143). Enfin, même si la symptomatologie ne constitue qu'un facteur complémentaire au projet, les deux tests utilisés pour la mesurer, c'est-à-dire la version extensive du BPRS de même que les sections portant sur les troubles liés à l'alcool et à la drogue du DIS III-R, sont des valeurs sûres, en ce sens qu'ils ont été maintes fois choisis dans des recherches antérieures et que leur validité a été démontrée.

La présente étude comporte aussi quelques faiblesses. Tout d'abord, l'instrument utilisé pour amasser les données concernant le soutien social n'est pas très exhaustif. Essentiellement, l'information a été recueillie à partir de variables présentes dans un protocole de recherche; ces variables ne se trouvaient pas inscrites dans un instrument reconnu. Plusieurs auteurs, dont Hammer (1981) et Tousignant (1992), insistent sur l'importance de choisir l'instrument approprié, donc le plus complet possible. Ils mentionnent notamment l'importance de faire la distinction entre le soutien qui a un impact positif et celui qui a un impact négatif. L'instrument utilisé dans cette étude comportait une question où il était demandé au sujet d'identifier une ou plusieurs personnes à qui il peut s'adresser quand il a un problème. Il y a donc de fortes chances pour que la personne citée procure un soutien qui soit de type positif, malgré que cette particularité n'était pas mentionnée dans le questionnaire utilisé.

En ce qui concerne les analyses liées à l'achalandage de l'urgence, un échantillon beaucoup plus grand aurait favorisé de meilleurs résultats; ceux-ci auraient du moins été plus représentatifs. De plus, si le temps consacré à la cueillette des données avait été plus long, les résultats auraient pu être plus facilement comparables à ceux de Sobel et al. (1998). Le temps réduit, c'est-à-dire les cinq mois qu'a duré la cueillette des données, n'a pas permis d'analyser des températures aussi chaudes ou aussi froides que ce qui fut le cas dans l'étude de Sobel et de ses collaborateurs.

La définition de la population sans domicile fixe pose un problème. Comme pour le soutien social, il y a une absence de consensus entourant la définition de cette population. Une des conséquences découlant de ce fait est la difficulté de comparer les études entre elles ou de généraliser les résultats d'une étude à l'autre. Il est certain que ce problème s'applique aussi à la présente recherche. Toutefois, la situation des sujets sans domicile fixe de cette étude correspond le plus à la définition qu'en font Roth et al. (1985): ce sont des personnes qui vivent dans la rue au moment de la cueillette des données.

Finalement, un point important, concernant la qualité de l'information analysée, se doit d'être mentionné. En voulant effectuer des analyses plus poussées, l'auteur de la présente recherche a dû réorganiser les variables en regroupant les catégories (l'analyse hiérarchique logarithmique et la régression logistique nécessitent des variables groupées, dichotomisées de préférence). La subtilité des données a ainsi été perdue, de même qu'une

certaine qualité de l'information. De plus, cette perte de qualité et de subtilité montre la fragilité et l'instabilité des données analysées. En effet, certains résultats différaient selon les différents sous-groupes effectués. Une étude de plus grande envergure serait appropriée, couvrant une période de cueillette des données plus longue, comportant plus de sujets et utilisant des instruments de mesure du soutien social plus précis et reconnus.

3. Retombées et applications de l'étude

La présente étude pourra servir de référence pour les auteurs qui effectueront des recherches portant sur la fréquentation et l'achalandage des salles d'urgence des hôpitaux.

Il a été possible d'établir que la fréquentation d'une salle d'urgence peut, dans certains cas, représenter un désir de contacts interpersonnels de la part des utilisateurs plutôt qu'une réelle demande de soins liée à des symptômes ressentis par ces gens. La demande d'aide semble souvent concerner des aspects liés à la solitude, en particulier pour les sujets sans domicile fixe, lorsque les conditions extérieures ne permettent pas de combler leur besoin de contacts. Cette recherche peut donc permettre de situer les bases pour une étude plus approfondie, étude qui aiderait à mieux identifier les besoins des personnes consultant l'urgence. Ces besoins semblent être plus complexes qu'il n'y paraît; du moins, ils semblent confirmer l'impression de départ selon laquelle les sujets qui ne bénéficient pas d'un réseau de soutien social étendu sont portés à se rendre à l'urgence plus souvent.

Bien que cette étude ne visait pas de façon particulière la clientèle des sans domicile fixe, elle a toutefois permis de démontrer que ces personnes, aux prises avec des problèmes psychologiques et des troubles mentaux, contribuent à augmenter l'achalandage des salles d'urgence. La mise en place de services appropriés, vers lesquels ils pourraient se tourner en cas de besoin, permettrait de diminuer le nombre de personnes se présentant à l'urgence, ce qui serait grandement utile et sûrement apprécié dans le contexte des engorgements vécus à l'urgence des divers hôpitaux de la région montréalaise notamment.

Conclusion

Ce travail a permis de d'établir que le soutien social peut être relié à la fréquentation d'une salle d'urgence chez des sujets en demande d'aide psychologique. En effet, il a été possible de démontrer que les sujets qui fréquentent plus souvent la salle d'urgence ont un nombre moins important de personnes dans leur entourage, de même que des contacts moins nombreux avec ces personnes. Ces résultats vont dans le sens des hypothèses posées au départ. De plus, les résultats ont révélé que les sujets sans domicile fixe sont particulièrement isolés, et qu'ils présentent un nombre de visites à l'urgence significativement plus élevé que les sujets domiciliés. Toutefois, les résultats concernant la température ont permis de constater que cette variable influence la fréquentation de la salle d'urgence, mais pas de la façon envisagée lors de la formulation des hypothèses. Ils témoignent d'une diminution de l'achalandage lorsque la température augmente, mais ils n'ont pas permis de démontrer une augmentation de la fréquentation lors de températures plus froides. Cette diminution de l'achalandage lors des journées de chaude température permet de confirmer l'idée que la fréquentation de la salle d'urgence peut se révéler être un moyen d'établir des contacts sociaux : ne pouvant fréquenter les parcs et endroits publics où les gens se retrouvent en grand nombre lors des belles journées, les sujets plus isolés se tournent vers l'urgence pour obtenir et bénéficier de ces contacts interpersonnels.

Des analyses statistiques poussées, en l'occurrence l'analyse hiérarchique logarithmique et la régression logistique, ont permis d'établir la présence de liens entre les variables importantes présentes dans l'analyse, ce qui permet d'obtenir un portrait plus

complet du modèle étudié. Il est établi que le fait d'être itinérant est associé à un réseau de soutien social moins étendu, à un nombre de contacts moins élevé avec les membres de ce réseau, et comme il est mentionné plus haut, que ces sujets sont susceptibles de se rendre à l'urgence plus souvent que les sujets domiciliés qui bénéficient d'un réseau plus étendu.

L'utilisation d'une variable contrôle comme la température apporte un aspect original et permet d'ajouter de l'information au modèle. Cette variable permet d'identifier le caractère beaucoup plus social que médical de la demande d'aide; elle permet aussi d'ouvrir la voie pour des recherches plus poussées dans ce domaine.

Références

- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3e éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd.). Washington, DC: Auteur.
- Anthony, J. C., & Helzer, J. E. (1991). Syndromes of drug abuse and dependence. In L. N. Robins & D. A. Regier (Éds), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study* (pp. 116-154). New York: The Free Press.
- Barrera, M., Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barrera, M., Jr. & Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11, 133-143.
- Bassuk, E. L., & Gerson, S. (1978). Deinstitutionalization and mental health services. *Scientific American*, 238(2), 46-53.
- Bassuk, E. L., Rubin, L., & Lauriat, A. (1984). Is homelessness a mental health problem? *American Journal of Psychiatry*, 141, 1546-1550.
- Bédard, D., Lazure, D., Roberts, C.-A. (1962). Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, présenté au Ministre de la Santé de la province de Québec, Québec. 157 p.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1985). Psychosocial processes of remission in unipolar depression: Comparing depressed patients with matched community controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 314-325.
- Blazer, D. G., & Hughes, D. C. (1991). Subjective social support and depressive symptoms in major depression: Separate phenomena or epiphenomena. *Journal of Psychiatric Research*, 25, 191-203.
- Bolger, N. & Eckenrode, J. (1991). Social relationships, personality and anxiety during a major stressful event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 440-449.
- Breakey, W. R. (1996a). The rise and fall of the state hospital. In W. R. Breakey (Éd.), *Integrated mental health service: Modern community psychiatry* (pp. 15-28). New York: Oxford University Press.

- Breakey, W. R. (1996b). Prevention. In W. R. Breakey (Éd.), *Integrated mental health services: Modern community psychiatry* (pp. 323-336). New York: Oxford University Press.
- Brown, G.W., Bhrolchain, M. N., & Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9, 225-254.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Brown, G.W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- Brugha, T. S. (1995a). Social support and psychiatric disorder: Overview of evidence. In T. S. Brugha (Éd.), *Social support and psychiatric disorder: Research findings and guidelines for clinical practice* (pp. 1-38). New York: Cambridge University Press.
- Brugha, T. S. (1995b). Social support and psychiatric disorder: Recommendations for clinical practice and research. In T. S. Brugha (Éd.), *Social support and psychiatric disorder: Research findings and guidelines for clinical practice* (pp. 295-334). New York: Cambridge University Press.
- Brugha, T. S., Bebbington, P. E., MacCarthy, B., Potter, J., Sturt, E. & Wykes, T. (1987). Social networks, social support and the type of depressive illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 664-673.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral.
- Cheng, C. (1999). Gender-role differences in susceptibility to the influence of support availability on depression. *Journal of Personality*, 67, 439-467.
- Corin, E., & Lauzon, G. (1988). Réalités et mirages: Les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion. *Santé Mentale au Québec*, 13, 69-86.
- Côté, G., & Hodgins, S. (1996). *Problèmes d'alcool, problèmes de drogue et conduite antisociale chez les sujets en demande d'aide psychologique dans une salle d'urgence*. Rapport final soumis. Montréal: Centre de Recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

- Coyne, J. C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- Cutrona, C. E. (1986). Behavioral manifestations of social support: A microanalytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 201-208.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (Éds), *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). New York: Wiley.
- Dalgard, O. S., Bjork, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 166, 29-34.
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157.
- Dorvil, H. (1987). Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 79-89.
- Eaton, W. W., Anthony, J. C., Gallo, J., Cai, G., Tien, A., Romanoski, A., Lyketsos, C., & Chen, L.-S. (1997). Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression: The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 993-999.
- Faris, R. E. L., & Dunham, H. W. (1939). *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fischer, P. J., Colson, P., & Susser, E. (1996). Homelessness and mental health services. In W. R. Breakey (Éd.), *Integrated mental health services: Modern community psychiatry* (pp. 384-403). New York: Oxford University Press.
- Fischer, P. J., Shapiro, S., Breakey, W. R., Anthony, J. C., & Kramer, M. (1986). Mental health and social characteristics of the homeless: A survey of mission users. *American Journal of Public Health*, 76, 519-524.
- Fournier, L. (1991). *Itinérance et santé mentale à Montréal: Étude descriptive de la clientèle des missions et refuges*. Rapport de recherche. Verdun: Unité de recherche psychosociale. Centre de recherche de l'hôpital Douglas.
- Fournier, L., & Mercier, C. (Éds). (1996). *Sans domicile fixe: Au-delà du stéréotype*. Montréal: Méridien.

- Fuhrer, R., Stansfeld, S. A., Chemali, J., & Shipley, M. J. (1999). Gender, social relations and mental health: Prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II Study). *Social Science and Medicine*, 48(1), 77-87.
- Garmezy, N. (1985). Stress resistant children: The search for protective factors. In J. Stevenson. (Éd.), *Recent research in developmental psychopathology* (un livre supplément du *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4). Oxford: Pergamon Press.
- Gelberg, L., & Linn, L. S. (1988). Social and physical health of homeless adults previously treated for mental health problems. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 510-516.
- Gelberg, L., Linn, L. S., & Leake, B. D. (1988). Mental health, alcohol and drug use, and criminal history among homeless adults. *American Journal of Psychiatry*, 145, 191-196.
- George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 478-485.
- Goering, P., Lin, E., Campbell, D., Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1996). Psychiatric disability in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 564-571.
- Grob, G. N. (1991). *From asylum to community: Mental health policy in modern America*. Princeton: Princeton University Press.
- Hammer, M. (1981). Social supports, social networks, and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 45-57.
- Helzer, J. E., Burnam, A., & McEvoy, L. T. (1991). Alcohol abuse and dependence. In L. N. Robins & D. A. Regier (Éds), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study* (pp. 81-115). New York: The Free Press.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., McEvoy, L. T., & Spitznagel, E. L. (1985). A comparison of clinical and diagnostic Interview Schedule Diagnoses : Physician reexamination of lay-interviewed cases in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 42, 657-666.
- Henderson, S. (1980). Personal networks and the schizophrenias. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 14, 255-259.

- Henderson, S., Byrne, D. G., Duncan-Jones, P., Adcock, S., Scott, R., & Steele, G. D. (1978). Social bonds in the epidemiology of neurosis : a preliminary communication. *British Journal of Psychiatry*, 132, 463-466.
- Hirschfeld, R. M. A., & Cross, C. K. (1982). Epidemiology of affective disorders: Psychosocial risk factors. *Archives of General Psychiatry*, 39, 35-46.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness*. New York: Wiley.
- Hooley, J. M., Orley, J., & Teasdale, J. D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- Horwitz, A. V., & Reinhard, S. C. (1995). Family and social network supports for the seriously mentally ill: Patient perceptions. In J. R. Greenley (Éd.), *Research in community and mental health: The family and mental health* (Vol. 8) (pp. 205-233). Greenwich, Connecticut: Jai Press.
- Horwitz, A. V., & Scheid, T. L. (Éds). (1999). *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. New York: Cambridge University Press.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. Toronto: John Wiley & Sons.
- Hultman, C. M., Wieselgren, I.-G., & Öhman, A. (1997). Relationships between social support, social coping and life events in the relapse of schizophrenic patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38, 3-13.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J. E., Day, R., & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation ten-country study. *Psychological Medicine, Monograph Supplement*, 20, 91-97.
- Kalifon, S. Z. (1989). Homelessness and mental illness: Who resorts to state hospitals? *Human Organization*, 48, 268-273.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care, Supplement*, 15, 47-58.
- Karson, C. N. & Bigelow, L. (1986). The paranoid quotient : A BPRS ratio for exploring Subtypes in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 39-41.

- Keith, S. J., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1991). Schizophrenic disorders. In L. N. Robins & D. A. Regier (Éds), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study* (pp. 33-52). New York: The Free Press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Koegel, P., & Burnam, M. A. (1988). Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1011-1018.
- Koegel, P., Burnam, M. A., & Farr, R. K. (1988). The prevalence of specific disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1085-1092.
- Laurin, C. (1961). La maladie mentale: Un défi à notre conscience collective. In J.-C. Pagé (Éd.), *Les fous crient au secours! Témoignage d'un ex-patient de St-Jean-de-Dieu* (pp. 143-156). Montréal: Les Éditions Du Jour.
- Laurin, C. (1986). La maladie mentale: Un défi à notre conscience collective. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 105-116.
- Lavallée, Y.-J. (1985, 6 septembre). La psychiatrie québécoise et ses aspirations. «Le phénomène de la porte tournante: Un mois d'hospitalisation pour remettre les malades sur pieds, et on recommence...». *Le Devoir*.
- Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorders : A review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- Lefebvre, Y. (1987). Jalons pour une problématique québécoise de la désinstitutionnalisation. Éditorial. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 5-13.
- Lin, N., & Peek, M. K. (1999). Social networks and mental health. In A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Éds), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 241-258). New York: Cambridge University Press.
- Lukoff, D., Liberman, R. P., & Nuechterlein, K. H. (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 578-602.

- Maes, M., Meltzer, H. Y., Suy, E., & De Meyer, F. (1993). Seasonality in severity of depression: Relationships to suicide and homicide occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 156-161.
- Marcos, L. R. (1990). The politics of deinstitutionalization. In N. L. Cohen (Éd.), *Psychiatry takes to the street: Outreach and crisis intervention for the mentally ill* (pp. 3-15). New York: The Guilford Press.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1992). *La Politique de la santé et du Bien-être*. Québec.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist*, 47, 511-521.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C., & Moos, B. S. (1998). Family and extrafamily resources and the 10-year course of treated depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 450-460.
- Morrison, R. L. (1988). Structured interviews and rating scales. In A. Bellack, & M. Hersen (Éds), *Behavioral assessment : A practical handbook* (pp. 252-277). Toronto, Ontario : Pergamon Press.
- Morse, G., Shields, N., Hanneke, C. R., McCall, G. J., Calsyn, R. J., & Nelson, B. (1986). St-Louis' homeless: Mental health needs, services, and policy implications. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 9, 39-50.
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Comorbid mental disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 305-311.
- Newman, S. C., & Bland, R. C. (1998). Incidence of mental disorders in Edmonton: Estimates of rates and methodological issues. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 273-282.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Campbell, D., Goering, P., Lin, E., Wong, M., & Racine, Y.A. (1996). One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 559-563.
- Oud, J. H., & Sattler, J. M. (1984). Generalized kappa coefficient : A Microsoft basic program. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 16, 481.

- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports, 10*, 799-812.
- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours! Témoignage d'un ex-patient de St-Jean-de-Dieu*. Montréal: Les Éditions Du Jour.
- Pagel, M. D., & Becker, J. (1987). Depressive thinking and depression: Relations with personality and social resources. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 1043-1052.
- Palmstierna, T., Lassenius, R., & Wistedt, B. (1989). Evaluation of the Brief Psychopathological Rating Scale in relation to aggressive behavior by acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*, 313-316.
- Parsons, T., & Fox, R. (1952). Illness, therapy and the modern urban american family. *Journal of Social Issues, 8*, 31-44.
- Pepper, B., Kirshner, M. C., & Ryglewicz, H. (1981). The young adult chronic patient: Overview of a population. *Hospital and Community Psychiatry, 32*, 463-469.
- Perreault, M. (2000, 8 octobre). Le cauchemar des portes tournantes. L'urgence en psychiatrie doit être repensée pour les patients hospitalisés plusieurs fois par année. *La Presse*.
- Pierce, T., Baldwin, M. W., & Lydon, J. E. (1997). A relational schema approach to social support. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Éds), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 19-47). New York: Plenum Press.
- Ptacek, J. T., & Gross, S. (1997). Coping as an individual difference variable. In G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Éds), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 69-91). New York: Plenum Press.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Francs. (1996). *Propositions 1996: La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie-Bois-Francs*. Québec.
- Regier, D. A., Kaebler, C. T., Rae, D. S., Farmer, M. E., Knauper, B., Kessler, R. C., & Norquist, G. S. (1998). Limitations of diagnostic and assessment instruments for mental disorders: Implications for research and policy. *Archives of General Psychiatry, 55*, 109-115.

- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.
- Robins, L., Cottler, L., & Keating, S. (1989). *NIMH Diagnostic Interview Schedule: Version III revised*. Washington, DC: Washington University School of Medicine.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule : Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Robins, L. N. Locke, B. Z., & Regier, D. A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. In L. N. Robins & D. A. Regier (Éds), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study* (pp. 328-366). New York: The Free Press.
- Robins, L. N., & Regier, D. A. (1991). Introduction. In L. N. Robins & D. A. Regier (Éds), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study*.(pp. 1-10). New York: The Free Press.
- Rose, S. O., Hawkins, J., & Apodaca, L. (1977). Decision to admit: Criteria for admission and readmission to a Veterans Administration Hospital. *Archives of General Psychiatry*, 34, 418-421.
- Roth, D., Bean, J., Lust, N., & Saveanu, T. (1985). *Homelessness in Ohio: A study of people in need. Statewide report*. Colombus: Ohio Department of mental health, Office of Program Education and Research.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Éds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Sacks, J. M., Philips, J. E., & Capelletty, G. (1987). Characteristics of the homeless mentally disordered population in Fresno County. *Community and Mental Health Journal*, 23, 114-119.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

- Sarason, I. G., Pierce, G. P., & Sarason, B. R. (1994). General and specific perceptions of social support. In W. R. Avison & I. H. Gottlieb (Éds.), *Stress and Mental Health* (pp. 151-177). New York: Plenum Press.
- Sarason, I., Sarason, B., & Pierce, G. (1990). Social support: The search for theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*, 133-147.
- Scherl, D. J., & Macht, L. B. (1979). Deinstitutionalization in the absence of consensus. *Hospital and Community Psychiatry, 30*, 599-604.
- Segal, S. P., & Baumohl, J. (1980). Engaging the disengaged: Proposals on madness and vagrancy. *Social Work, 25*, 358-365.
- Sobel, S. N., Anisman, S., & Hamdy, H. I. (1998). Factors affecting emergency service utilization at a rural community mental health center. *Community and Mental Health Journal, 34*, 157-163.
- Swanson, J. W. (1994). Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological approach. In J. Monahan & H. J. Steadman (Éds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 101-136). Chicago: The University of Chicago Press.
- Teplin, L. A., Filstead, W. J., Hefler, G. M., & Sheridan, E. P. (1980). Police involvement with the psychiatric emergency patient. *Psychiatric Annals, 10*, 46-54.
- Thornicroft, G., Breakey, W. R., & Primm, A. B. (1995). Case management and network enhancement of the long-term mentally ill. In T.S. Brugha (Éd.), *Social support and psychiatric disorder: Research findings and guidelines for clinical practice* (pp. 239-256). New York: Cambridge University Press.
- Tousignant, M. (1992). Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques. Paris: Presses Universitaires de France.
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry, 129*, 125-137.
- Veiel, H. O. (1995). Social support as a high-risk condition for depression in women. In T.S. Brugha (Éd.), *Social support and psychiatric disorder: Research findings and guidelines for clinical practice* (pp. 145-162). New York: Cambridge University Press.

- Warheit, G. J. (1979). Life events, coping, stress and depressive symptomatology. *American Journal of Psychiatry*, 136, 502-507.
- Wehr, T. A., & Rosenthal, N. E. (1989). Seasonality and affective illness. *American Journal of Psychiatry*, 146, 829-839.
- Weissman, M. M., Livingstone Bruce, M., Leaf, P. J., Florio, L. P., & Holzer, III, C. (1991). Affective disorders. In L. N. Robins & D. A. Regier (Éds), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area study* (pp. 53-80). New York: The Free Press.
- Woogh, C. M., Meier, H. M. R., & Eastwood, M. R. (1977). Psychiatric hospitalization in Ontario: The revolving door in perspective. *Canadian Medical Association Journal*, 116, 876-881.

Appendice

Appendice

Distribution aux items de la Grille sommaire d'évaluation psychiatrique

FIGURE 1

Distribution du symptôme Préoccupation somatique

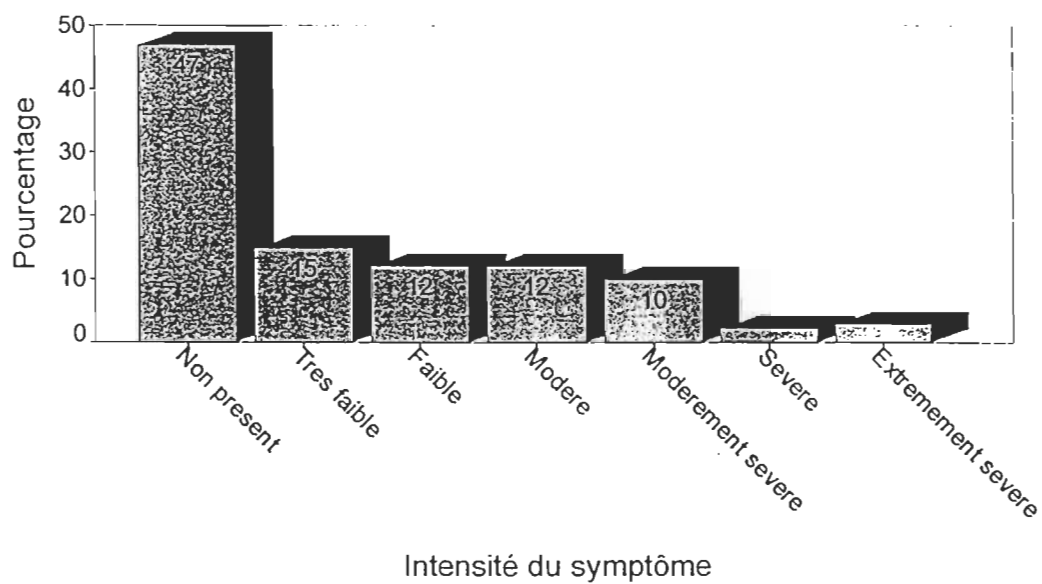


FIGURE 2

Distribution du symptôme Anxiété

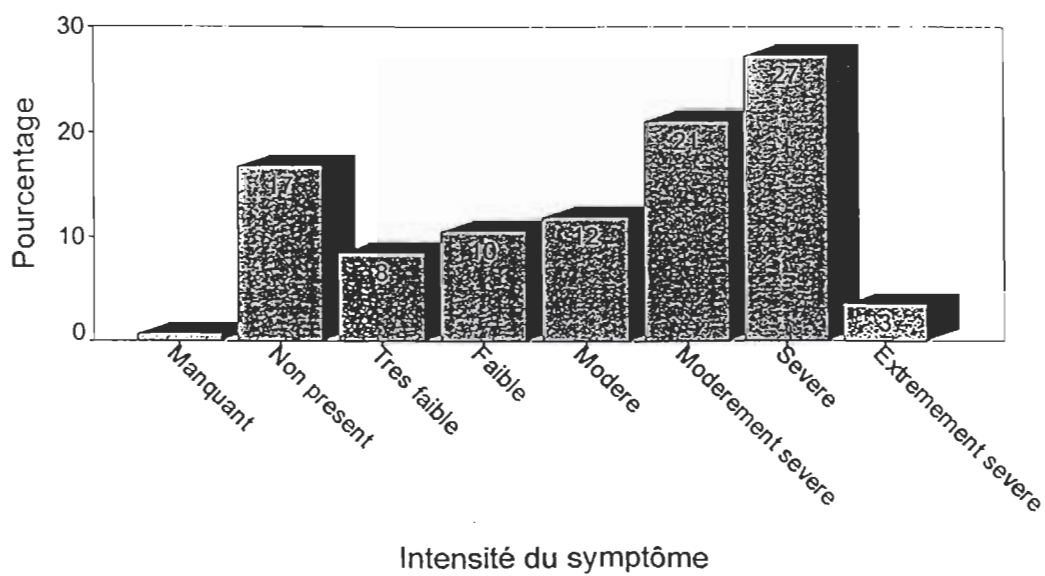


FIGURE 3

Distribution du symptôme Dépression

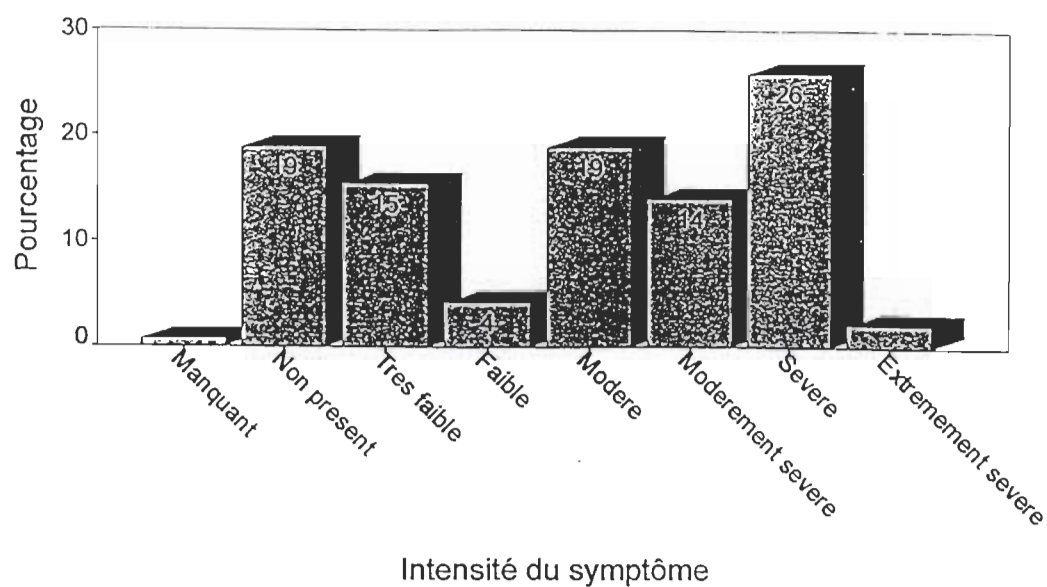


FIGURE 4

Distribution du symptôme Culpabilité

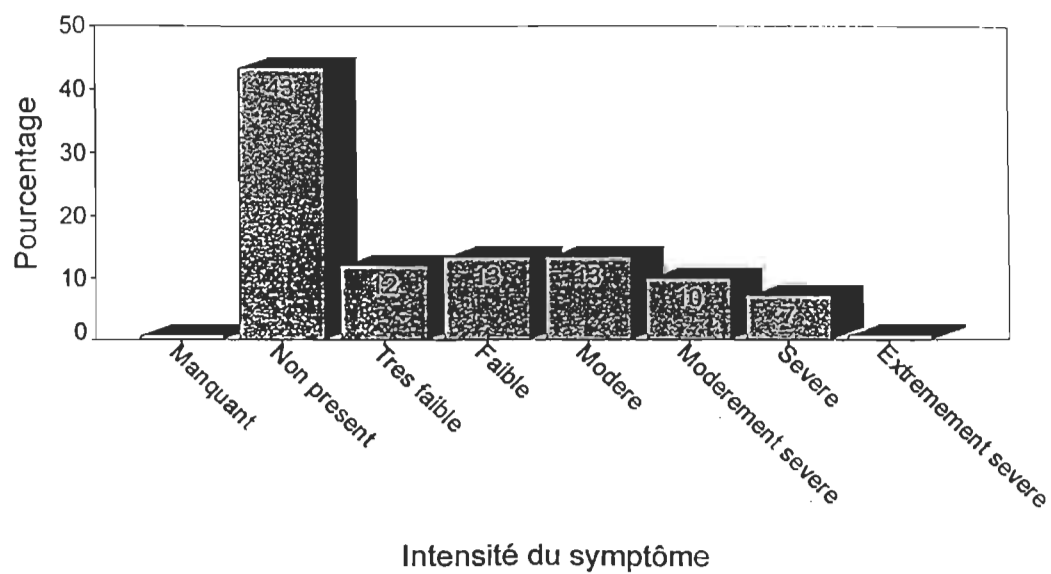


FIGURE 5

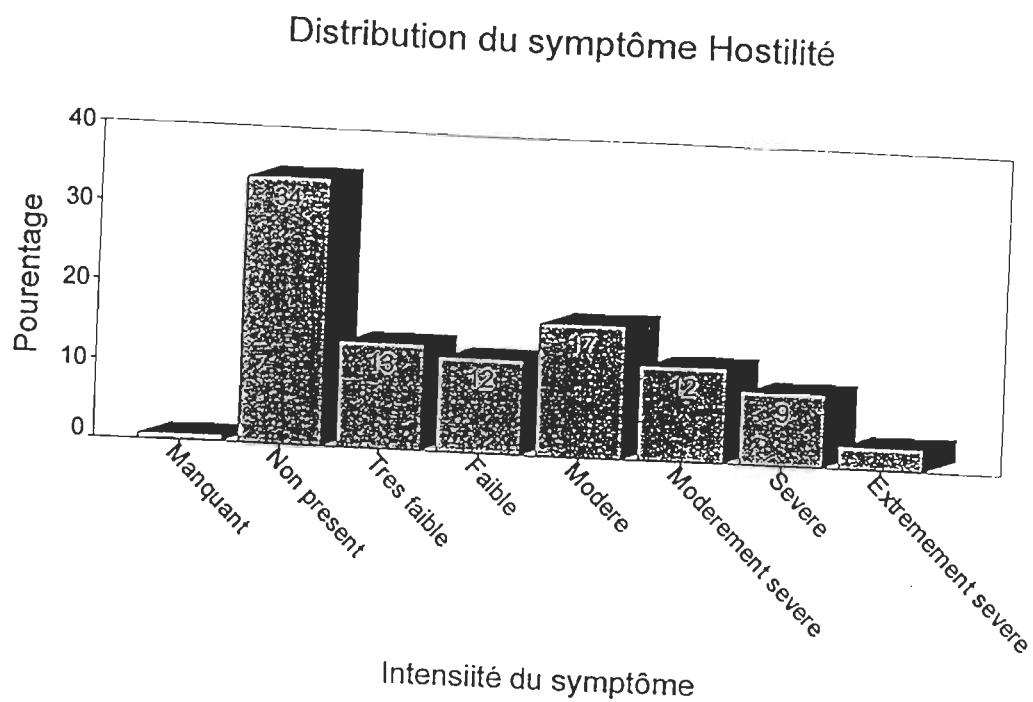


FIGURE 6

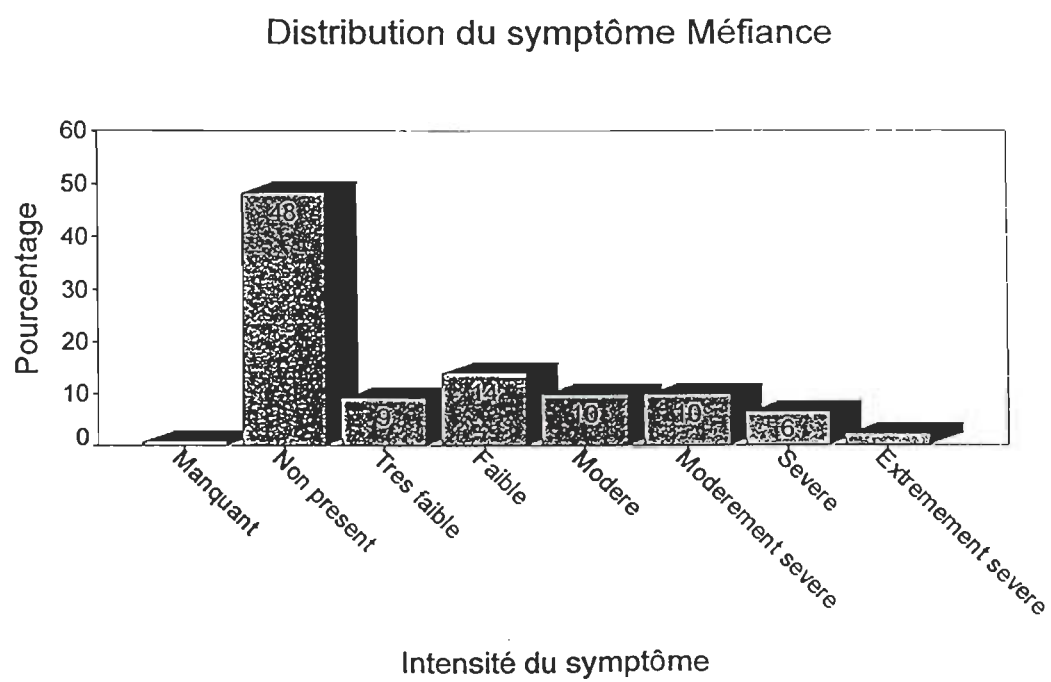


FIGURE 7

Distribution du symptôme Pensées étranges

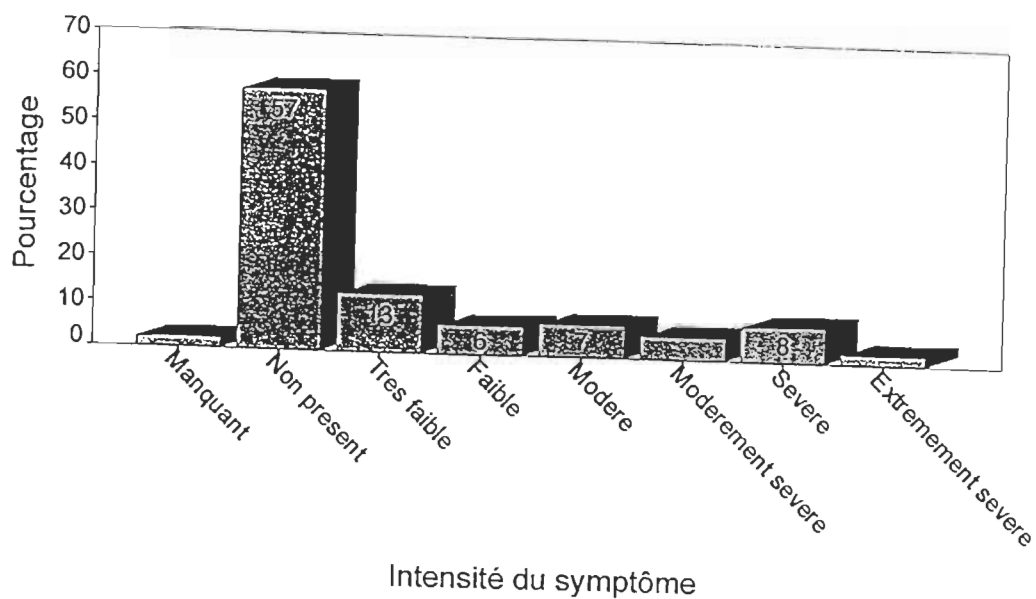


FIGURE 8

Distribution du symptôme Idées de grandeur

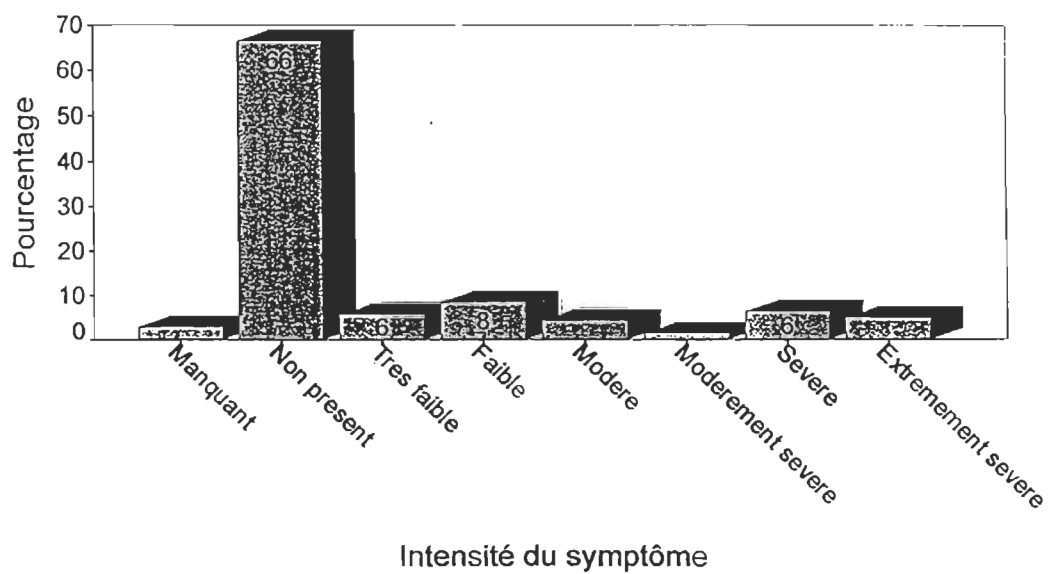


FIGURE 9

Distribution du symptôme Hallucinations

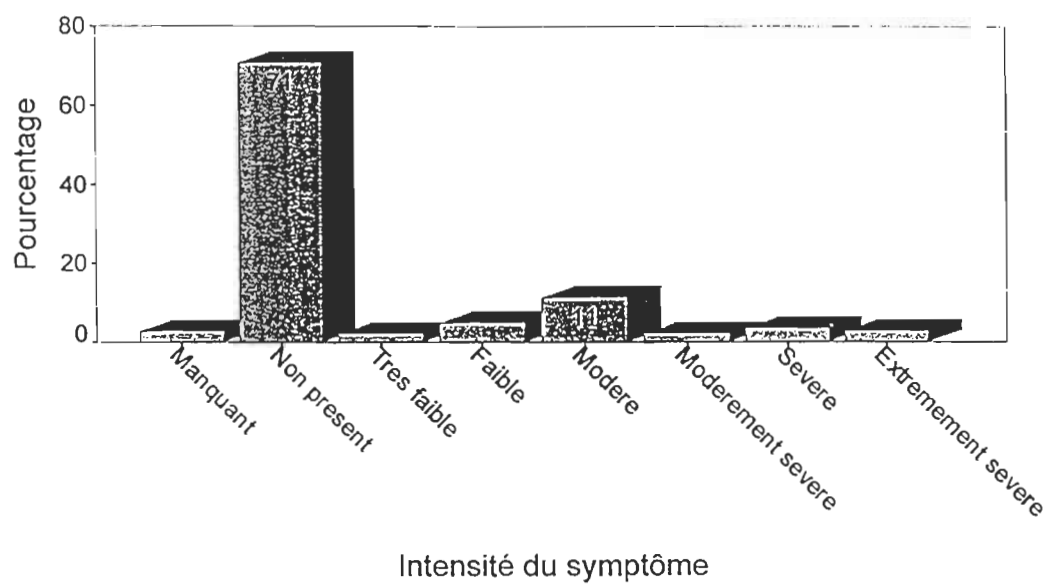


FIGURE 10

Distribution du symptôme Désorientation

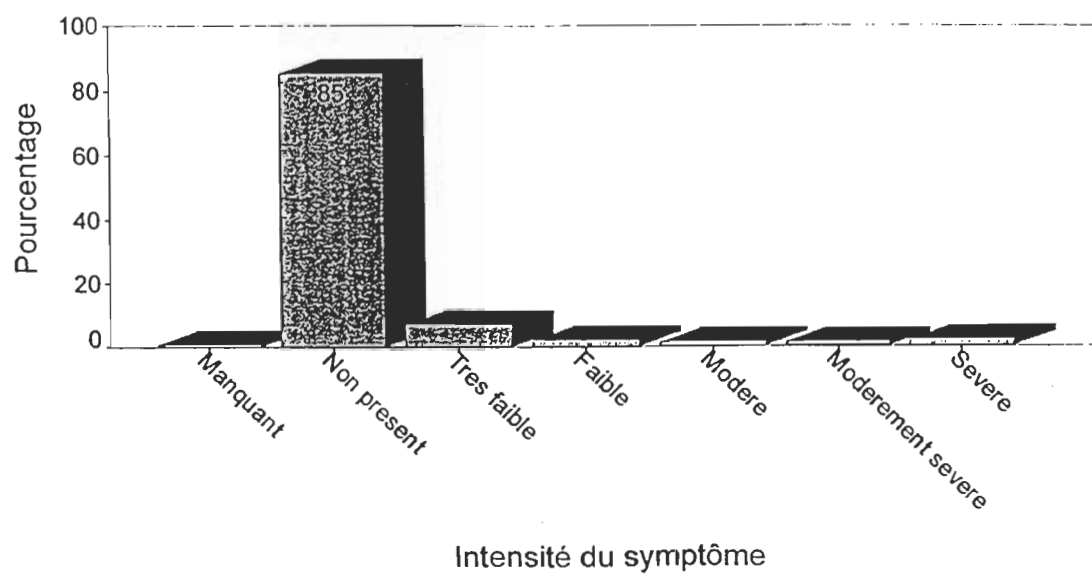


FIGURE 11

Distribution du symptôme Désorganisation conceptuelle

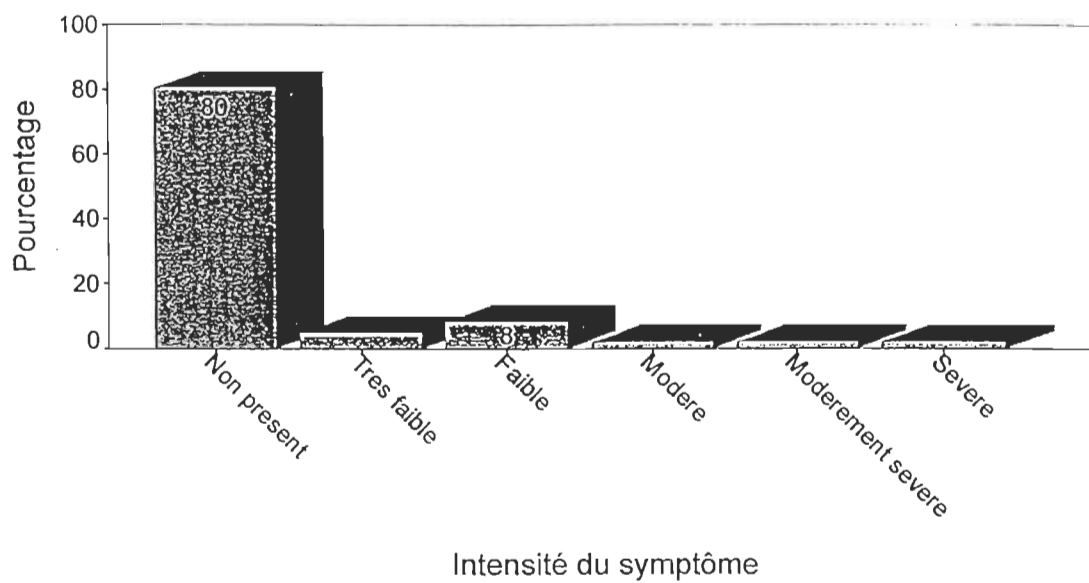


FIGURE 12

Distribution du symptôme Excitation

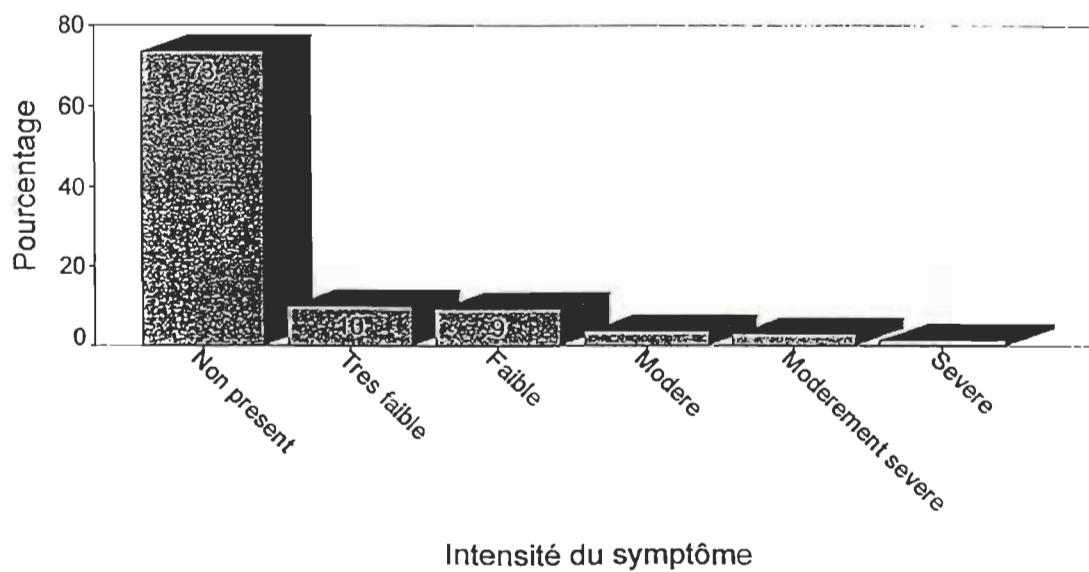


FIGURE 13

Distribution du symptôme Ralentissement moteur

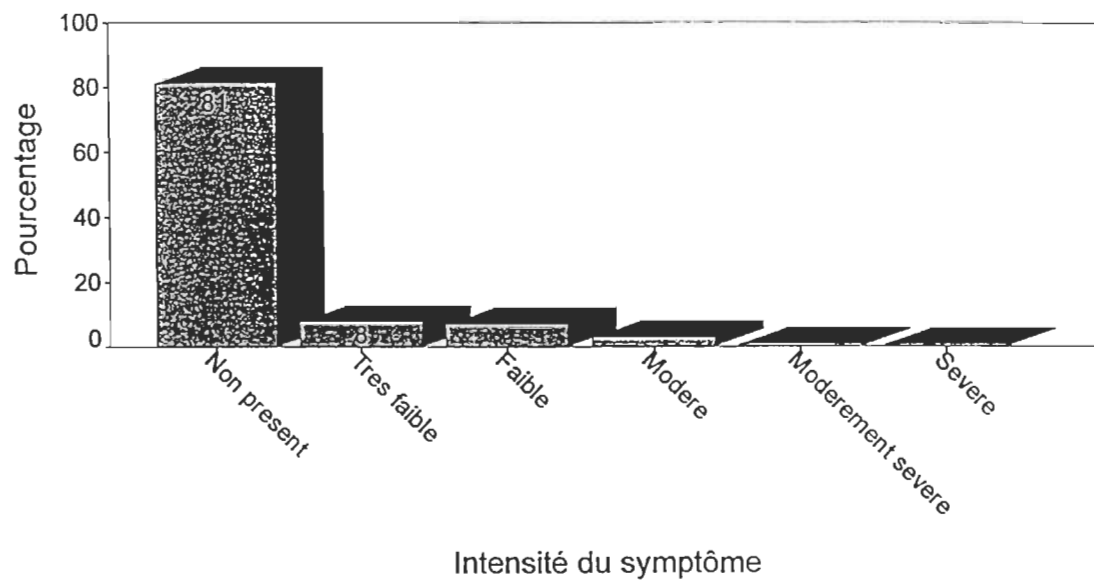


FIGURE 14

Distribution du symptôme Affect plat

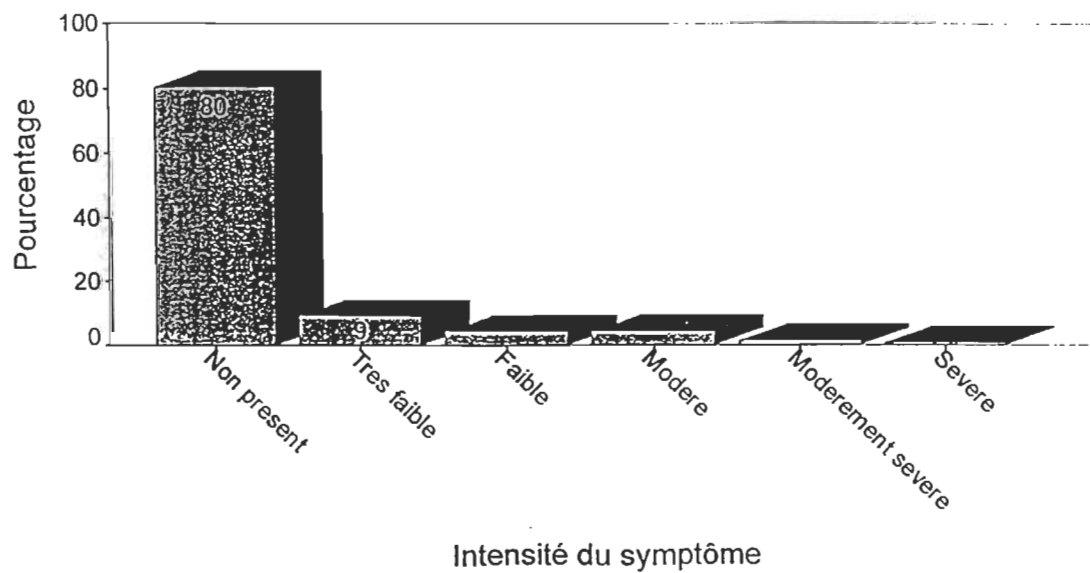


FIGURE 15

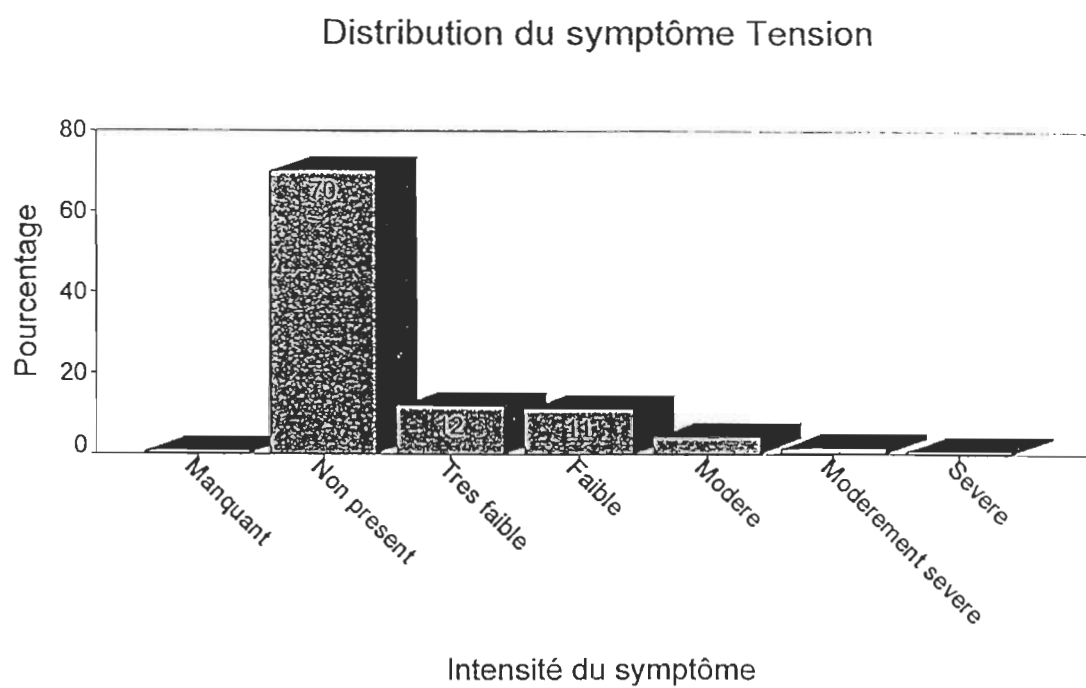


FIGURE 16

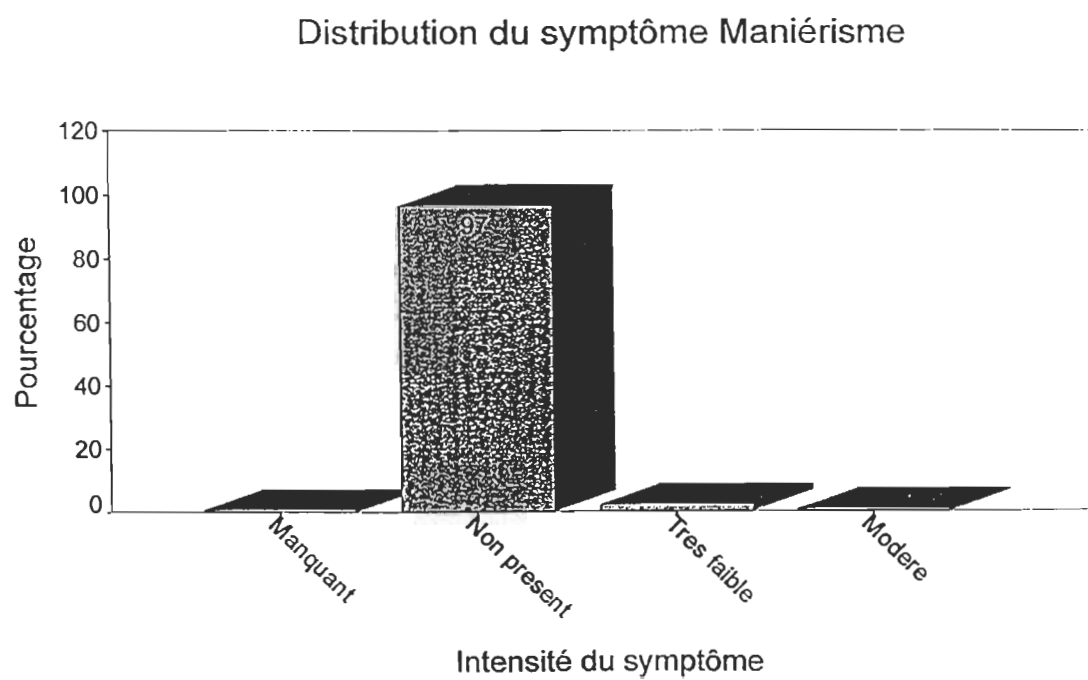


FIGURE 17

Distribution du symptôme Absence de coopération

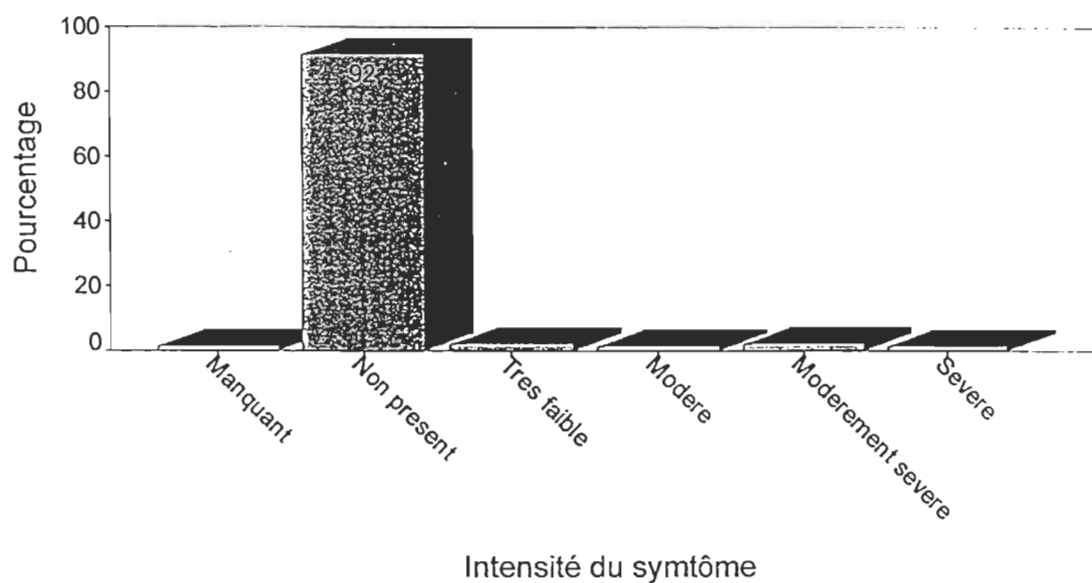


FIGURE 18

Distribution du symptôme Retrait émotionnel

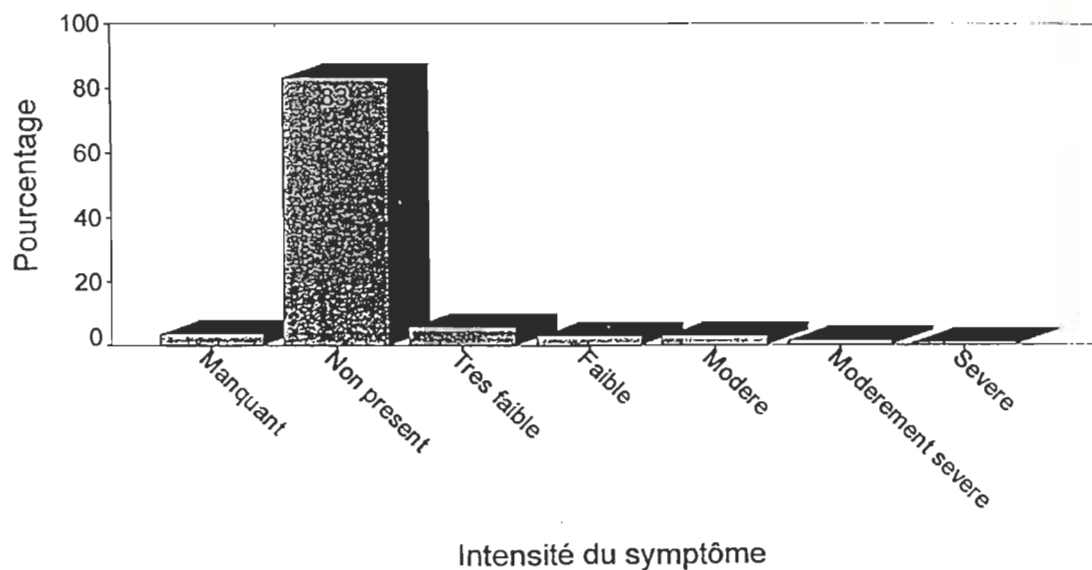


FIGURE 19

Distribution du symptôme Tendance au suicide

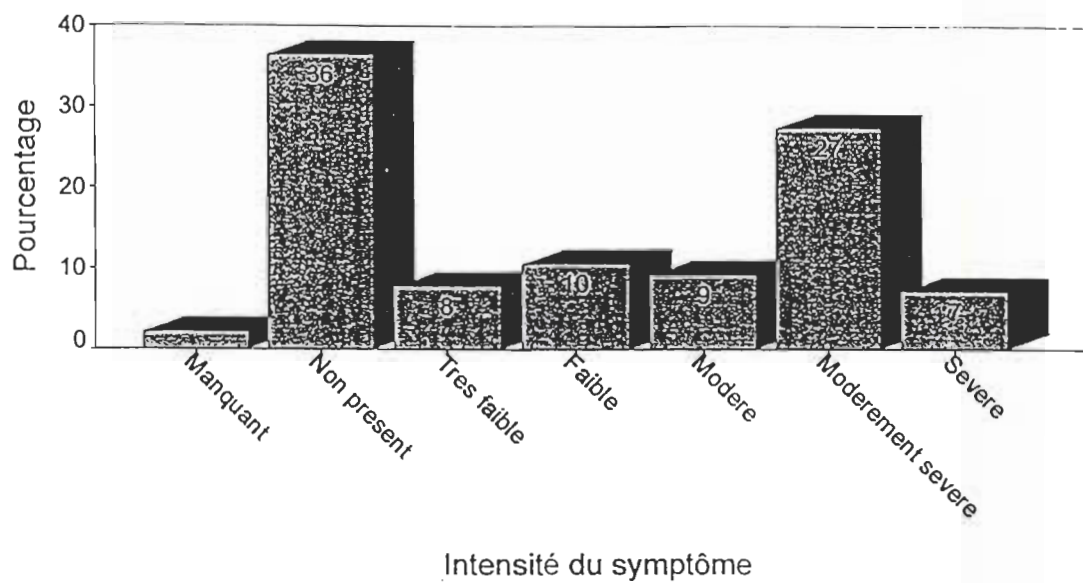


FIGURE 20

Distribution du symptôme Soins personnels

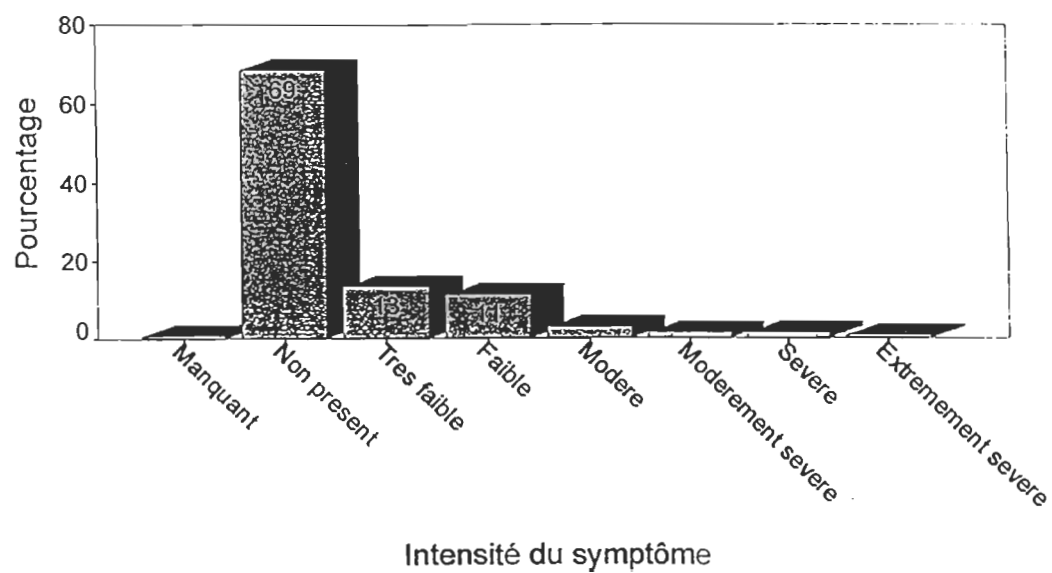


FIGURE 21

Distribution du symptôme Comportement bizarre

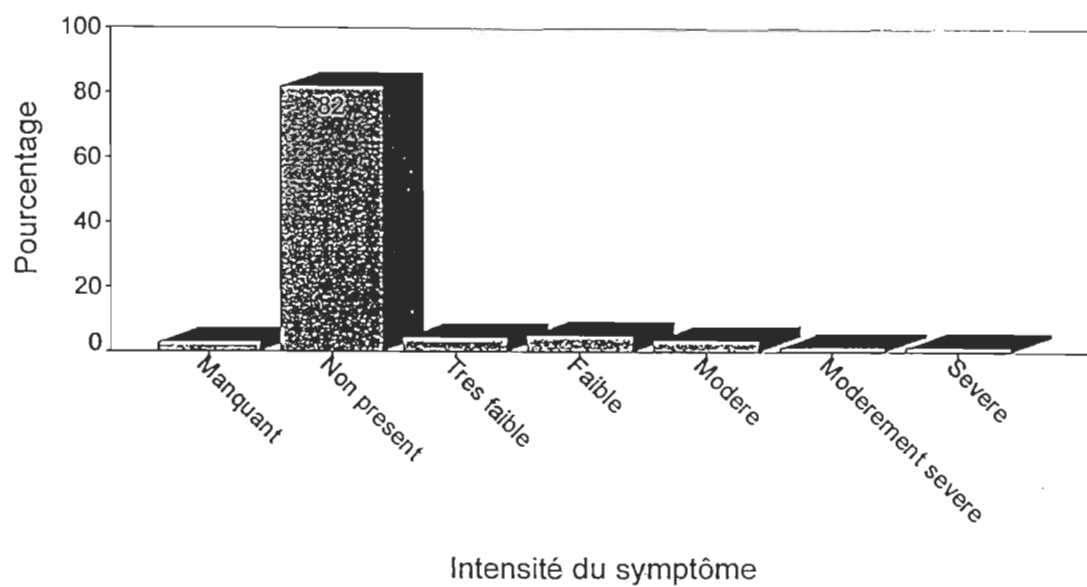


FIGURE 22

Distribution du symptôme Humeur expansive

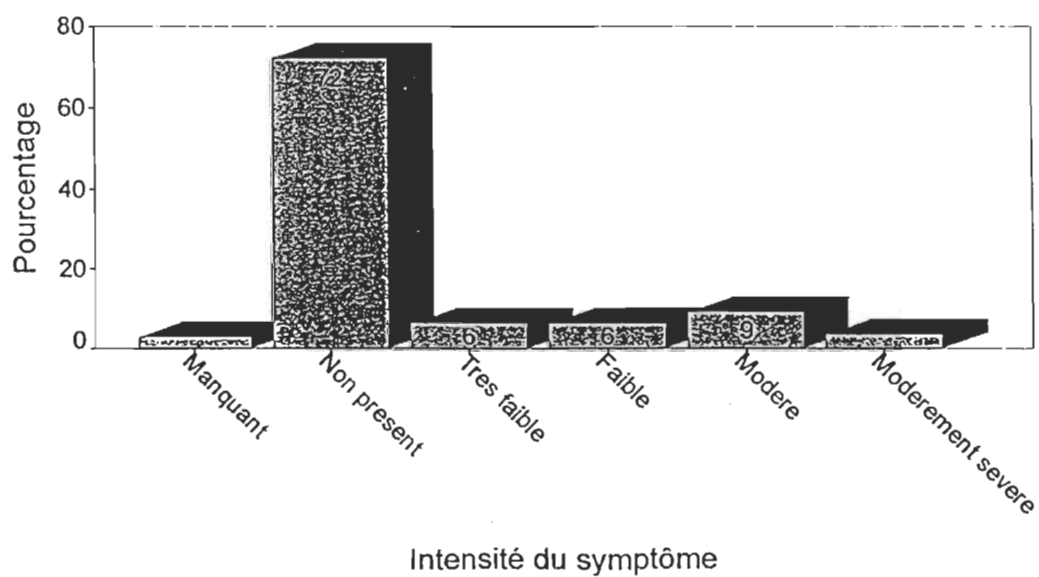


FIGURE 23

Distribution du symptôme Hyperactivité motrice

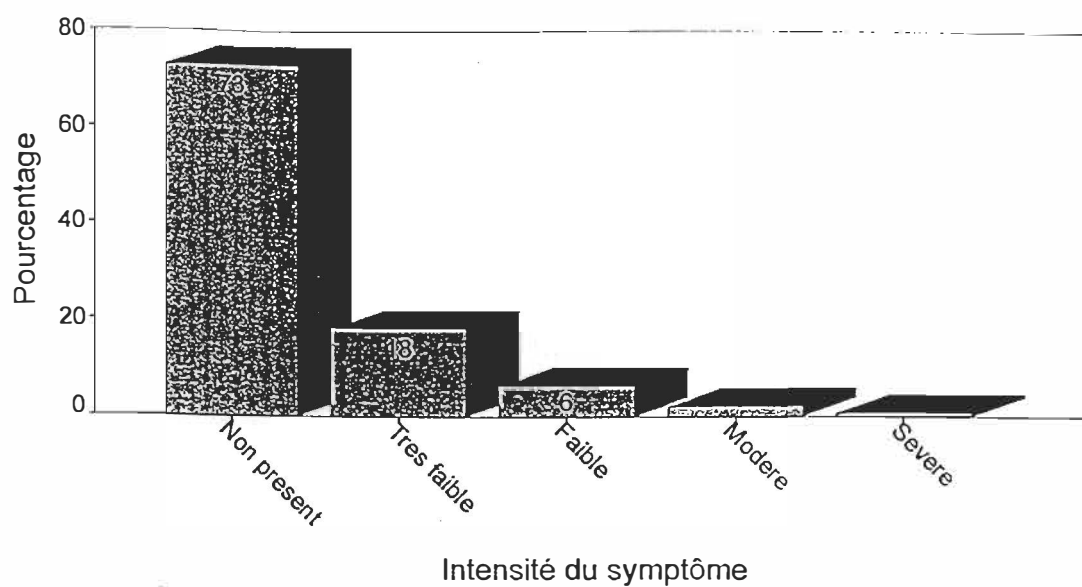


FIGURE 24

Distribution du symptôme Distractivité

